

[Πληκτρολογήστε κείμενο]

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης σε ένα Κέντρο Υγείας

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ANNA K. ΝΑΣΙΟΥΛΗ
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ: 21014

Αθήνα 2023

«Η εφαρμογή του Συμμετοχικού Μοντέλου Διοίκησης σε ένα Κέντρο Υγείας» Νασιούλη Άννα

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT

BUSSINESS ADMINISTRATION

DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL
CARE MANAGEMENT

Diploma Thesis

Title

« The application of the participative management model in a Health Center»

Student name and surname:

Anna Nasiouli

Registration Number: 21014

Supervisor name and surname:

Aspasia Goula

Athens, 2023

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

A/a	ΟΝΟΜΑΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ / ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Ασπασία Γούλα	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	
2	Γεώργιος Πιερράκος	Καθηγητής	
3	Αγγελική Σταμούλη	ΕΔΙΠ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Νασιούλη Άννα του Κωνσταντίνου με αριθμό μητρώου 21014, φοιτήτρια του *Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας»* του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα



Νασιούλη Άννα

ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην σύγχρονη εποχή το άτομο δεν περιορίζεται απλά στην επιβίωση του, αλλά επιζητά την μέγιστη προσωπική ευημερία, η οποία επιτυγχάνεται με την διατήρηση ενός υγιούς επιπέδου ζωής. Η επιδίωξη της κάλυψης των αναγκών υγείας αποτέλεσε ένα φαινόμενο που απασχόλησε τον άνθρωπο από την δημιουργία του. Μελετώντας την ιστορική εξέλιξη της δημιουργίας συστημάτων υγείας, διαπιστώνεται ότι υποχρεωτικά ο άνθρωπος έπρεπε να προσαρμοστεί στις συνθήκες προκειμένου να επιβιώσει. Μέσα από τις αντίξοες συνθήκες της πανδημίας του Covid_19 προβάλλεται μια νέα ευκαιρία για αλλαγή της επικρατούσας φιλοσοφίας. Διαπιστώνεται ότι το συλλογικό υπερτερεί έναντι του ατομικού.

Η ανάγκη της μετάβασης του συστήματος διοίκησης των υπηρεσιών υγείας από τα απαρχαιωμένο γραφειοκρατικό μοντέλο στη συμμετοχική διοίκηση είναι επιτακτική. Παγκόσμια τάση αποτελεί η στροφή προς την παροχή ισότιμων, ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο και η καλλιέργεια κουλτούρας πρόληψης και υγείας στον πληθυσμό. Για τον λόγο αυτό τα Κέντρα Υγείας που ανήκουν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα, αναλαμβάνουν πρωταγωνιστικό ρόλο μιας και αποτελούν το σημείο εισόδου των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας.

Ο συνδυασμός εφαρμογής του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης, στη βάση των υπηρεσιών υγείας που αποτελούν τα Κέντρα Υγείας, θα μπορούσε να επιφέρει θεαματικά αποτελέσματα με επίδραση σε ολόκληρο το σύστημα υγείας, στον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και των μελών του οργανισμού.

Λέξεις Κλειδιά: Συμμετοχή, Τοπικός, Κέντρο Υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ABSTRACT

In modern times, the individual is not limited to simply surviving, but seeks maximum personal well-being, which is achieved by maintaining a healthy standard of living. The pursuit of meeting health needs has been a phenomenon that has occupied human beings since their creation. Studying the historical development of the creation of health systems, it is found that humans had to adapt to the conditions in order to survive. Through the adverse conditions of the Covid_19 pandemic, a new opportunity is presented to change the prevailing philosophy. It is found that combined effort prevails over the individual.

The need for transiting the health services management system from the outdated bureaucratic model to participative management is imperative. A global trend is the shift towards the provision of equal, integrated health services locally and the cultivation of a culture of prevention and health in the population. For this reason, the Health Centers that belong to Primary Care, assume a leading role since they are the entry point for patients to health services.

The combination of implementing the participative management model, on Health Centers which form the base of the health system, could bring spectacular results with an impact on the entire health system, on the level of satisfaction of patients and members of the organization.

Key Words: Participation, Local, Health Center, Primary Health Care

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Πρωτίστως θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής για την ευκαιρία που μου προσέφερε για την παρακολούθηση του μεταπτυχιακού προγράμματος και για την πληθώρα γνώσεων και ερεθισμάτων. Κάθε διδακτική ώρα, αποτέλεσε αιτία σκέψης και παρακίνησης για έρευνα και αναζήτησης επιπλέον πληροφοριών και γνώσεων. Η αγάπη των καθηγητών για το αντικείμενο, το όραμα και η επιθυμία μετάδοσης γνώσεων και εμπειριών ήταν εμφανής καθόλα την διάρκεια του προγράμματος.

Αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την επιβλέπουσα καθηγήτρια την κυρία Ασπασία Γούλα για την διαθεσιμότητα, προθυμία και καθοδήγηση στην προσπάθεια της συγγραφής της διπλωματικής εργασίας. Η αμεσότητα και η ικανότητα εμπύχωσης και παρότρυνσης αποτέλεσε στήριγμα σε αυτή την προσπάθεια.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου, στους συγγενείς, τους φίλους και συναδέλφους για την υπομονή, την υποστήριξη και προσφορά βοήθειας από πλευράς τους, με τον τρόπο που ο καθένας μπορούσε και που τελικά συνέβαλλε και ενίσχυσε την παρούσα προσπάθεια.

Την διπλωματική μου εργασία θα ήθελα να την αφιερώσω σε όλες τις γυναίκες που καθημερινά διαχειρίζονται πολλαπλούς ρόλους, αλλά η προσπάθεια τους συνεχίζει αδιάκοπα, ελπίζοντας οι προσπάθειες τους να συμβάλλουν στη δημιουργία ενός καλύτερου μέλλοντος για τα παιδιά αυτού του κόσμου.

Κλείνοντας θα ήθελα να αναφερθώ σε μια φράση του Ιπποκράτη η οποία δεν αφορά μόνο την υγεία αλλά και κάθε τομέα και κλάδο της ανθρώπινης ζωής, την οποία εάν ο άνθρωπος την εντάξει στην σκέψη του και την κάνει μέρος της καθημερινότητας θα αποφεύγονταν πολλά δεινά:

«Κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν»

Ιπποκράτης, 460-370 π.Χ. Πατέρας της Ιατρικής.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11-15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	16-19
1.1 Παράγοντες επηρεασμού της υγείας – Εσωτερικό περιβάλλον	17
1.2 Παράγοντες επηρεασμού της υγείας – Εξωτερικό περιβάλλον	18
1.3 Ο βαθμός επηρεασμού του συνόλου από την ποιότητα της υγείας	18-19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΔΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΑΛΜΑ ΑΤΑ – ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΑΣΤΑΝΑ	20-24
2.1 Η δόμηση του συστήματος υγείας – Ιστορική Αναδρομή	20-22
2.2 Διακήρυξη Άλμα Άτα – Διακήρυξη Αστάνα	22-24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ – ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ	25-31
3.1 Το μοντέλο της Μεγάλης Βρετανία	26-27
3.2 Το μοντέλο της Σουηδίας	27
3.3 Το μοντέλο της Ιταλίας	28
3.4 Το μοντέλο του Καναδά	28
3.5 Το μοντέλο των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής	29
3.6 Η στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη διατήρηση της υγείας	29-31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	32-39
4.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	32-34
4.2 Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας	34
4.3 Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	34-35
4.4 Το ασφαλιστικό σύστημα της Ελλάδος	35-36
4.5 Η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας	36-39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΣΥΜΜΕΤΟΧΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ	40-61
5.1 Μετάβαση από το Γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης στο Συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης	40-46
<i>1.1.1 Γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης</i>	<i>42-44</i>
<i>1.1.2 Συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης</i>	<i>44-46</i>
5.2 Αλλαγή φιλοσοφίας	46-47
5.3 Οργανωσιακή αλλαγή	47-48
5.4 Κουλτούρα – Υποκουλτούρα – Αλλαγή κουλτούρας	48-49
5.5 Η δύναμη της ομάδας	49-50
5.6 Ο ρόλος του Ηγέτη	50-54
5.7 Η αναγκαιότητα για συνεχή εκπαίδευση	54-56
5.8 Διαχείριση ανθρώπινων πόρων και κινητοποίηση	57-60
5.9 Αξιολόγηση	60-61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΜΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΜΜΕΤΟΧΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ	62-65
6.1 Πλεονεκτήματα από την εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης	62-64

6.2 Ανασταλτικοί παράγοντες εφαρμογής του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης	64-65
--	--------------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΜΜΕΤΟΧΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	66-73
--	--------------

7.1 Το Κέντρο Υγείας ως υπόδειγμα εφαρμογής του Συμμετοχικού Μοντέλου Διοίκησης	67
7.2 Στοχευμένη αντιμετώπιση των αναγκών υγείας	67-68
7.3 Αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας	68-70
7.4 Μείωση των δαπανών υγείας	70
7.5 Δημιουργία δικτύου φροντίδας	70-71
7.6 Ενίσχυση της βάσης του συστήματος υγείας	71-73
7.7 Μείωση της απόστασης επικοινωνίας μεταξύ της κεντρικής και περιφερειακής διοίκησης	73

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	74-76
---------------------	--------------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	77-79
---------------------	--------------

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

- Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ)
- Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)
- Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ)
- Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ)
- Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ)
- Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ)
- Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ)
- Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ)
- Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ)
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ)
- Περιφερειακά Πολυδύναμα Ιατρεία (ΠΠΙ)
- Περιφερειακό Ιατρείο (ΠΙ)
- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)
- Τοπικά Ιατρεία (ΤΙ)
- Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το αγαθό της υγείας αποτελεί το θεμέλιο της ανάπτυξης κάθε νοικοκυριού, κάθε κοινότητας, κάθε χώρας, συνιστώντας βασικό παράγοντα της γενικής ευημερίας. Συνιστά ένα από τα βασικότερα δικαιώματα του ανθρώπου, επηρεάζει την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα των κοινωνιών σηματοδοτώντας την πορεία του οικονομικού, του κοινωνικού και του πολιτιστικού κλάδου των χωρών. Διαπιστώνεται σχέση αλληλεξάρτησης μεταξύ της ατομικής υγείας και της ευρύτερης ανάπτυξης. Ασφαλώς ισχύει και το αντίστροφο, η ευημερία του ατόμου εξαρτάται άμεσα από τις υγειονομικές συνθήκες που επικρατούν στην χώρα διαμονής του, αποτελώντας τον βασικότερο παράγοντα για την ποιότητα της ζωής του.

Η νομοθεσία έχει προβλέψει και ενισχύσει τους νόμους που αφορούν την λειτουργία των οργανισμών υγείας, αναλύοντας τους σκοπούς και τους στόχους που επιχειρούνται να επιτευχθούν. Ο ρόλος της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) κρίνεται καθοριστικός για τη διατήρηση της Δημόσιας Υγείας, καθώς αποτελεί το σημείο εισόδου του ασθενούς στις δομές. Θεωρητικά ο ασθενής απευθύνεται αρχικά σε οργανισμούς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και στη συνέχεια παραπέμπεται σε επόμενες βαθμίδες, εφόσον αυτό κριθεί αναγκαίο από τους αρμόδιους επαγγελματίες υγείας. Οι υπηρεσίες που παρέχονται αφορούν την προληπτική ιατρική, την αντιμετώπιση ασθενειών, την παροχή συστηματικής βοήθειας σε μακροχρόνιους ασθενείς, την παροχή υπηρεσιών σε άτομα τρίτης ηλικίας και ατόμων με ειδικές ανάγκες. Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας αποτελούν τη διασύνδεση του συστήματος υγείας με τον τόπο κατοικίας και δράσης του ατόμου, παρέχοντας ολοκληρωμένες, εξατομικευμένες υπηρεσίες στον ασθενή και την οικογένειά του.

Ωστόσο σήμερα, η προαναφερόμενη βαθμίδα αποδεικνύεται υποβαθμισμένη και υπολειτουργεί, διότι οι μονάδες της είναι ανεπαρκώς στελεχωμένες, οι υποδομές δεν είναι κατάλληλες ή επαρκείς, το προσωπικό αποδεικνύεται ανεκπαιδευτό σε σημαντικό ποσοστό και διαπιστώνεται μη ορθολογική χρήση των διαθέσιμων πόρων. Όλοι οι παραπάνω παράγοντες συντελούν στη μη εκπλήρωση των στόχων για τους οποίους συστάθηκαν οι δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

Στην Ελλάδα ο τομέας της υγείας παρουσιάζει ελλιπή χρηματοδότηση, οργάνωση και εκπαίδευση. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια μετά την υγειονομική κρίση που προκλήθηκε λόγω της πανδημίας του Covid_19, κατά την διάρκεια του οποίου δοκιμάστηκαν οι

αντοχές του υγειονομικού συστήματος, παρατηρείται επανεκκίνηση. «Ο όρος υγειονομική κρίση αναφέρεται στην αδυναμία ενός υγειονομικού συστήματος να ανταπεξέλθει στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού τον οποίο καλείται να προστατέψει» (Πολυμενάκος (2021), Η ΕΕ και η επικαιρότητα της Άλμα – Άτα στην εποχή Covid_19. Ανάδειξη των στόχων της Διακήρυξης της Άλμα – Άτα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην ΕΕ, (<https://socialpolicy.gr>, 01/08/2022). Η προσπάθεια αναβάθμισης της υγείας θα έχει θετικά και, μακροχρόνια αποτελέσματα εάν πραγματοποιηθούν ριζικές αλλαγές στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος.

Επανέρχεται η προσπάθεια εφαρμογής των βασικών αρχών και η επίτευξη των βασικών στόχων της Διακήρυξης της Άλμα Άτα, που αφορούν ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας για όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως εισοδήματος, κοινωνικής θέσης, φύλου, φυλής, προσωπικών πεποιθήσεων και πιστεύω. Η διακήρυξη της Άλμα Άτα επικεντρώθηκε στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, διότι δίνεται η δυνατότητα οι οργανισμοί να δρουν εξατομικευμένα και να προσαρμόζονται στις τοπικές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της περιοχής και του πληθυσμού, που κάθε φορά εξυπηρετεί ο οργανισμός. Οι σχεδιασμοί των υπηρεσιών υγείας έχουν ως επίκεντρο τον άνθρωπο και την προσβασιμότητα αυτού στις παρεχόμενες υπηρεσίες, με στόχο τα θετικά αποτελέσματα στην ικανοποίηση των ασθενών αλλά και στις δαπάνες υγείας.

Μέσα στους αιώνες η ανθρωπότητα συχνά δοκιμάστηκε από πανδημίες ή επιδημίες με τέτοιες συνέπειες ως προς την ανθρωπότητα που οδήγησαν σε σημαντικές εξελίξεις, άλλοτε πολιτικές και άλλοτε ιατρικές. Η εμπειρία που αποκτήθηκε, σε συνδυασμό με τη μελέτη καλών πρακτικών διεθνών προτύπων και την υπάρχουσα Ελληνική νομοθεσία είναι εφικτό οι οργανισμοί υγείας να εξελιχθούν και να γίνουν αποδοτικότεροι και παραγωγικότεροι. Ασφαλώς η εφαρμογή των ανωτέρω, απαιτεί τη συνεχή και συστηματική υποστήριξη της ηγεσίας της χώρας, του Υπουργείου Υγείας, των Περιφερειών, των Δήμων, των Διοικητών, των Διευθυντών και των Συντονιστών.

Σε μια χώρα που χαρακτηρίζεται ως γραφειοκρατική η κάθε αλλαγή εκλαμβάνεται ως απειλή. Ωστόσο οι δομές υγείας ως ζωντανοί οργανισμοί, προκειμένου να επιβιώσουν και να προσφέρουν τις προσδοκώμενες υπηρεσίες, επιβάλλεται να προσαρμόζονται και να εξελίσσονται. Άλλωστε υπάρχει συνεχής αλληλεπίδραση τόσο με το εσωτερικό όσο και

με το εξωτερικό περιβάλλον. Η αλλαγή της οργάνωσης και κατά συνέπεια του τρόπου λειτουργίας των οργανισμών, θα έρθει μόνο όταν η αλλαγή γίνει αποδεκτή από τα μέλη. Η αποδοχή προϋποθέτει την κατανόηση της αναγκαιότητας της αλλαγής.

Ανασκοπώντας την ιστορία των οργανισμών υγείας, διαπιστώνεται ότι η θεωρία υπάρχει, είναι εφαρμόσιμη και μπορεί να οδηγήσει σε ορθολογικότερη λειτουργία και απόδοση των οργανισμών. Παρατηρείται ότι εξαιτίας της δημιουργίας νέων αναγκών στον πληθυσμό, τα συστήματα υγείας προσαρμόζονται στις διαμορφούμενες ανάγκες άλλοτε με μεγαλύτερη και άλλοτε με μικρότερη επιτυχία. Γεννάται όμως το ερώτημα για το εάν υπάρχουν οι βάσεις, τα θεμέλια για την περαιτέρω ανάπτυξη των υπηρεσιών. Κρίνεται σημαντικό η αναστήλωση και ενίσχυση των υπαρχουσών δομών ως προς τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας τους, ώστε οποιοδήποτε νέο πλάνο εξέλιξης να υποστηρίζεται από την βάση, η οποία θα χαρακτηρίζεται από συνοχή, οργάνωση, αποτελεσματικότητα και με ορθολογική διαχείριση κάθε υπάρχοντος διαθέσιμου πόρου.

Το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης συμβάλλει τα μέγιστα ως προς τον σκοπό αυτό. Η αποτελεσματική λειτουργία των οργανισμών ενισχύεται με την ενεργό συμμετοχή και εμπλοκή των υπαλλήλων. Ωστόσο δεν είναι εύκολα εφαρμόσιμο, λόγω της επικρατούσας φιλοσοφίας και κουλτούρας. Για την εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης απαιτείται ισχυρή ηγεσία, με ουσιαστικά και τυπικά προσόντα, η οποία θα διαθέτει την ανάλογη κουλτούρα και θα εργαστεί με συνέπεια και συνέχεια προς την κατεύθυνση αυτή.

Η αλλαγή του μοντέλου διοίκησης συμβάλλει στην ενδυνάμωση των βάσεων της λειτουργίας των οργανισμών, πριν την προσάρτηση νέων λειτουργιών. Με την εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης αναμένεται αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία των δομών υγείας και των διοικήσεων τους, με συλλογική εργασία και ενεργό συμμετοχή των υπαλλήλων στη λήψη αποφάσεων, που τελικά οδηγεί στην αποσυμφόρηση της Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επιπρόσθετα λαμβάνεται ικανοποίηση από την εργασία, τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και βελτίωση της ποιότητας ζωής πολιτών και εργαζομένων. Η αλλαγή της οργάνωσης και της λειτουργίας των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και ειδικότερα των Κέντρων Υγείας που έχουν τοπικό χαρακτήρα μπορούν να συμβάλουν δραστικά στην μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), αρκεί να ενισχυθούν με κάθε δυνατό τρόπο από κάθε αρμόδιο Υπουργείο και από φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Τα Κέντρα Υγείας λόγω της κομβικής θέσης που κατέχουν, θα πρέπει να αναλάβουν τον ρόλο που τους αναλογεί και να απομακρυνθούν από το τέλμα που οδηγήθηκαν τα προηγούμενα έτη. «Η συμμετοχή της τοπικής κοινωνίας στη συνδιαμόρφωση του χάρτη της παροχής υπηρεσιών αποτελεί την καταλυτική δύναμη άμεσης αντιμετώπισης των τοπικών προτεραιοτήτων, στη μείωση της γραφειοκρατίας, στην άμεση εφαρμογή καινοτόμων δράσεων και φυσικά στην αύξηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών» (Πιερράκος, Γ. (2018) Οργάνωση και Διοίκηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας).

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας επιχειρείται ο εννοιολογικός προσδιορισμός της υγείας. Παρουσιάζονται οι παράγοντες επηρεασμού της, που αφορούν τόσο το εσωτερικό όσο και το εξωτερικό περιβάλλον. Σκοπό αποτελεί η αποσαφήνιση του σημαντικότερου ρόλου και επιρροής που ασκεί στην ποιότητα ζωής του ατόμου και της κοινωνίας συνολικά.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή, της δημιουργίας των συστημάτων υγείας και της δημόσιας υγείας. Σκοπός είναι να γίνουν κατανοητοί οι λόγοι σύστασης και η σπουδαιότητα διατήρησης της δημόσιας υγείας. Παρουσιάζονται οι καθοριστικής σημασίας Διακηρύξεις της Άλμα Άτα και της Αστάνα, των οποίων οι αρχές και οι στόχοι εξακολουθούν να καθορίζουν την σύγχρονη κοινωνία. Ωστόσο η απόσταση λόγων και έργων οδήγησαν στην επιλεκτική εφαρμογή τους.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται διεθνείς καλές πρακτικές χωρών που επιχειρήσαν την αλλαγή του τρόπου οργάνωσης και διοίκησης τους. Επιδίωξη τους αποτέλεσε η συμμετοχή και η απομάκρυνση της πολιτικής από την διοίκηση, μεταφέροντας την ευθύνη σε τοπικό επίπεδο. Επίσης αναφέρεται η σημαντικότητα της υιοθέτησης κοινής στρατηγικής και συλλογικών μέτρων των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για τη διατήρηση και τη διασφάλιση της παγκόσμιας υγείας, αντιμετωπίζοντας ομαδικά τις απειλές της σύγχρονης κοινωνίας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται μια σύντομη παρουσίαση του εθνικού συστήματος υγείας της Ελλάδος, Πρωτοβάθμια – Δευτεροβάθμια – Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας. Επιπλέον γίνεται μια σύντομη παρουσίαση της επιδιωκόμενης μεταρρύθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι η αποσαφήνιση των ρόλων των βαθμίδων υγείας και η ανάδειξη της σημαντικότητας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και ειδικότερα των Κέντρων Υγείας και της θέσης που καταλαμβάνουν στην επιχειρούμενη μεταρρύθμιση του συστήματος.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης. Αναφέρονται τα στοιχεία του γραφειοκρατικού μοντέλου διοίκησης, που εφαρμόζονται στις δημόσιες υπηρεσίες, καθώς και του συμμετοχικού μοντέλου που προτείνεται, προκειμένου να είναι ευδιάκριτες οι διαφορές τους. Επιπλέον παρουσιάζονται οι προϋποθέσεις κι οι απαραίτητες αλλαγές για την επιτυχή εφαρμογή του. Σκοπός είναι η παρουσίαση της επικρατούσας κατάστασης και η ανάδειξη της ρεαλιστικής λύσης που αποτελεί η εφαρμογή του μοντέλου στις υπηρεσίες υγείας.

Στο έκτο κεφάλαιό παρουσιάζονται οι παράγοντες που ευνοούν την εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης και οι ανασταλτικοί οι παράγοντες που αποτρέπουν την επιτυχή εφαρμογή του μοντέλου.

Στο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα οφέλη της εφαρμογής του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης ειδικότερα σε ένα Κέντρο Υγείας, προβάλλοντας τα πλεονεκτήματα που προκύπτουν σε ατομικό, κοινωνικό, οικονομικό, πολιτικό και πολιτισμικό επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η έννοια της υγείας είναι πολυδιάστατη και πολυεπίπεδη. Δέχεται επιρροές και ταυτόχρονα επηρεάζει σε σημαντικότατο βαθμό την ευημερία του ατόμου και των κοινωνιών. Η αλληλεπίδραση αφορά παράγοντες τόσο του εσωτερικού, όσο και του εξωτερικού περιβάλλοντος που ζει, δρα και αναπτύσσεται το άτομο.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η υγεία είναι η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξίας του ατόμου. Ο ορισμός της υγείας απομακρύνεται από τα στενά πλαίσια της απουσίας της ασθένειας και της αναπηρίας και διευρύνεται, σε μια συνολική έννοια ευεξίας και ποιότητας ζωής. Πλέον δεν εξετάζεται η συσχέτιση μόνο με τους βιολογικούς και τους παθολογικούς παράγοντες επηρεασμού της υγείας αλλά και η επιρροή που ασκείται από το περιβάλλον, το οποίο περιλαμβάνει το φυσικό, το πολιτικό, το κοινωνικό, το πολιτισμικό και το οικονομικό.

Το αγαθό της υγείας είναι συνταγματικά κατοχυρωμένο, αποτελεί δημόσιο αγαθό και έννομο δικαίωμα κάθε πολίτη. Οφείλεται να προσφέρεται ισότιμα και καθολικά, ανεξαρτήτως φύλλου, φυλής, οικονομικής και κοινωνικής κατάστασης ή μορφωτικού επιπέδου.

Η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας, των επιστημών και ιδιαίτερα η αλματώδης εξέλιξη της ιατρικής, έχουν ως συνεπακόλουθο την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, δηλαδή των αναμενόμενων ετών ζωής του ατόμου. Το ερώτημα που τίθεται είναι πόσα από τα χρόνια ζωής του ατόμου θα είναι υγιή. Σύμφωνα με έρευνα της Eurostat το προσδόκιμο ζωής των Ελλήνων και Ελληνίδων κυμαίνεται περίπου στα 81 έτη. Ωστόσο μόνο τα 67 έτη για τις γυναίκες και τα 65 έτη για τους άνδρες είναι έτη υγιούς ζωής. Με όραμα την αύξηση των ετών ποιοτικής ζωής, ο προσανατολισμός κατευθύνεται προς την πρόληψη και τη φροντίδα μακροχρόνιων ασθενών, αλλά και την ενίσχυση της τελικής φροντίδας.

Στη σύγχρονη εποχή το άτομο δεν περιορίζεται απλά στην επιβίωσή του, αλλά επιζητά τη μέγιστη προσωπική ευημερία. Η επιδίωξη αναζήτησης ποιότητας ζωής, συμβαδίζει με την κατανόηση ότι η εκπαίδευση για τη διατήρηση της υγείας, έχει ως αφετηρία τη βρεφική ακόμα ηλικία και κατά συνέπεια το σπίτι, το σχολείο και τον εργασιακό χώρο.

1.1 Παράγοντες επηρεασμού της υγείας – Εσωτερικό περιβάλλον

Όσον αφορά το εσωτερικό περιβάλλον, αναφερόμαστε σε όλους εκείνους τους εσωτερικούς παράγοντες που επιδρούν στην υγεία. Τέτοιοι παράγοντες είναι ο τρόπος ζωής που επιλέγεται να ακολουθηθεί και οι βιολογικοί παράγοντες που απευθύνονται σε χαρακτηριστικά που δημιουργήθηκαν ή κληρονομήθηκαν κατά την περίοδο δημιουργίας του εμβρύου.

Η στάση ζωής που ακολουθείται, επηρεάζει σε σημαντικό ποσοστό την ποιότητα του βίου του ατόμου. Οι επιβλαβείς συνήθειες της καθιστικής ζωής, του καπνίσματος, της υπέρμετρης χρήσης αλκοόλ και η γενικότερη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών δημιουργούν μακροπρόθεσμες και απειλητικές για την ζωή και τη ποιότητα αυτής συνέπειες. Αντιθέτως η υιοθέτηση της καθημερινής, έστω και ολιγόλεπτης, σωματικής άσκησης και η ισορροπημένη διατροφή δημιουργεί ευεξία και ασπίδα στον οργανισμό από σωματικές και ψυχολογικές παθήσεις που προκαλεί η καθιστική ζωή.

Ισχυρή συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ της διατήρησης της καλής υγείας με τις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ του ατόμου και του στενού οικογενειακού κύκλου, αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος. Η κοινωνική απομόνωση δημιουργεί νοσηρότητα και κακή εξέλιξη της πορείας της υγείας, λόγω της ψυχολογικής επιβάρυνσης του ασθενούς και την μη παροχή ικανοποιητικής φροντίδας από το στενότερο περιβάλλον.

Οι προαναφερόμενοι παράγοντες διαμορφώνονται από τις επιλογές του ανθρώπου. Ωστόσο υπάρχουν και οι βιολογικοί παράγοντες που προσδιορίζουν το άτομο από την γέννηση του. Αυτοί οι παράγοντες αφορούν το φύλο, την εθνικότητα, την ηλικία, τα κληρονομικά χαρακτηριστικά και την γενετική κατασκευή με τις ιδιαιτερότητες και τις προδιαθέσεις που το χαρακτηρίζουν.

Οι εσωτερικοί παράγοντες επηρεασμού της υγείας του ατόμου, πέρα των γενετικών χαρακτηριστικών, κατά ένα σημαντικό βαθμό επηρεάζονται από τις επιλογές, τους χειρισμούς και τις αποφάσεις του ανθρώπου. Συνεπώς είναι στην ευχέρεια του καθενός η επιλογή της βελτίωσης της ποιότητας της υγείας του και κατά συνέπεια του επιπέδου ζωής που επιλέγει. Ο βαθμός μόρφωσης και παιδείας, η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, οι καλές οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, καθώς και οι αξιοπρεπείς συνθήκες καθημερινής διαβίωσης, είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην δημιουργία μιας ποιοτικότερης ζωής.

1.2 Παράγοντες επηρεασμού της υγείας – Εξωτερικό περιβάλλον

Όσον αφορά το εξωτερικό περιβάλλον, αναφερόμαστε στους παράγοντες που βρίσκονται εκτός του πλαισίου του άμεσου ελέγχου του ατόμου. Σε αυτή της περίπτωση η υγεία του ανθρώπου εξαρτάται άμεσα από τις επιλογές και τους χειρισμούς του κράτους, για την διατήρηση και διασφάλιση της δημόσιας υγείας. Υφίσταται όμως και πάλι το περιθώριο της προσωπικής επιλογής, ως προς την στάση που θα ακολουθηθεί σε κάθε περίπτωση.

Το παγκόσμιο πρόβλημα της κλιματικής αλλαγής, επηρεάζει πολλούς διαφορετικούς και αλληλεξαρτώμενους τομείς της ζωής, με άμεσο αντίκτυπο στην υγεία. Η αρνητικές συνέπειες της αλλαγής του κλίματος επιδρά στο οικοσύστημα και στην μορφολογία του εδάφους. Το λιώσιμο των πάγων, η άνοδος της στάθμης της θάλασσας, οι υψηλές θερμοκρασίες, η ξηρασία, η ποσότητα του πόσιμου νερού επιφέρουν αλλαγές στον τρόπο επιβίωσης των ζωντανών οργανισμών. Η απειλή της υγείας των ζώων και η προσπάθεια επιβίωσης τους, προκαλεί απειλή για την υγεία του ανθρώπινου πληθυσμού και ειδικότερα του ευάλωτου, δημιουργώντας ταυτόχρονα κοινωνικές απειλές.

Οι οικονομική δύναμη μιας χώρας σε συνδυασμό με την υιοθέτηση κουλτούρας κοινωνικής προστασίας, σηματοδοτεί την δυνατότητα διασφάλισης της δημόσιας υγείας και την προστασία των ασθενέστερων. Οι κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες που επικρατούν και η κοινωνική πολιτική που εφαρμόζεται σηματοδοτεί τον βαθμό διαχείρισης της φτώχειας, της γήρανσης του πληθυσμού και των μεταναστευτικών ροών.

Ωστόσο η τεχνολογική και επιστημονική ανάπτυξη των τελευταίων ετών είναι αλματώδης και σε συνδυασμό με την υιοθέτηση κουλτούρας εκπαίδευσης προς την κατεύθυνση της προστασίας του πλανήτη και του κοινωνικού συνόλου, αποτελούν τα όπλα αντιμετώπισης των απειλών έναντι της υγείας.

1.3 Ο βαθμός επηρεασμού του συνόλου από την ποιότητα της υγείας

Συναθροίζοντας τα προαναφερόμενα, καταλήγουμε στο συμπέρασμα της ύπαρξης ισχυρής αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησής της υγείας με τους εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες επηρεασμού της, σε κάθε έκφανση, της ανθρώπινης ζωής και της κοινωνικής ευδαιμονίας.

Η μη αντιμετώπιση και η μη διαχείριση των παραπάνω παραγόντων, δημιουργούν ανισότητες, οι οποίες διαφοροποιούν την ποιότητα της υγείας των ατόμων και των ομάδων, συνεπώς του πληθυσμού, δημιουργώντας αξιοσημείωτες διαφορές στην ποιότητα ζωής. Επίσης η μη έγκυρη και ορθή διαχείριση της εμφάνισης και μετάδοσης των ασθενειών, είναι δυνατό να οδηγήσει σε υγειονομικές κρίσεις, με δραματικές επιπτώσεις στο σύνολο της κοινωνίας. Η διασφάλιση της δημόσιας υγείας λειτουργεί προς όφελος όλων και αποτελεί επένδυση της χώρας ως προς το ανθρώπινο δυναμικό της.

Η εμφάνιση μιας ασθένειας προκαλεί αλλαγή της συνηθισμένης ροής της ζωής του ατόμου και απαιτείται στήριξη. Μια χώρα που ασκεί κοινωνική πολιτική διασφαλίζει την παροχή συνεχών, ποιοτικών υπηρεσιών υγείας με ισότιμη πρόσβαση για κάθε πολίτη. Η γνώση ότι ο υγιής πολίτης είναι και ενεργός πολίτης, αποτελεί το εργαλείο για την οικοδόμηση ισχυρών κοινωνιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΔΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΑΛΜΑ ΑΤΑ – ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΑΣΤΑΝΑ

Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει μια παρουσίαση της ιστορίας της δόμησης των συστημάτων υγείας και της δημόσιας υγείας, για να αποσαφηνιστεί η σημαντικότητα και σπουδαιότητα αυτών, καθώς και ο βαθμός επηρεασμού και αλληλεξάρτησης τους με το πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτισμικό υπόβαθρο.

Μέρος αυτής της σύντομης ιστορικής αναδρομής αποτελούν οι καθοριστικής σημασίας για την εξέλιξη των συστημάτων υγείας και της δημόσιας υγείας οι Διακηρύξεις της Άμα Ατα και της Ασάνα. Η επίδραση των συγκεκριμένων Διακηρύξεων φτάνει έως και το σήμερα. Η παρουσίαση τους αποσκοπεί στην ανάδειξη των αστοχιών κατά την εφαρμογής τους και τους παράγοντες που δημιουργούν εμπόδια στην απαραίτητη εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας. Οι αρχές αυτών επαναλαμβάνονται και ενισχύονται, ωστόσο παρά το πέρασμα των χρόνων, επανέρχεται η προσπάθεια εφαρμογής των ίδιων αρχών.

2.1 Η δόμηση των συστημάτων υγείας – Ιστορική αναδρομή

Τα συστήματα υγείας δεν υπήρχαν ανέκαθεν, αλλά δημιουργήθηκαν με το πέρασμα των χρόνων. Οι δοκιμασίες που γνώρισε ο άνθρωπος στον τομέα της υγείας, οδήγησαν στη βιωματική διαπίστωση της σπουδαιότητας της προαγωγής της ατομικής υγείας, αλλά και στην αναγκαιότητα της διασφάλισης της δημόσιας υγείας. Σταδιακά συγκροτήθηκαν υγειονομικά συστήματα τα οποία συμβάδιζαν με τις διαμορφούμενες ανάγκες και συνθήκες. Παρατηρείται διαφοροποίηση από χώρα σε χώρα, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες που τις χαρακτηρίζουν. Ασφαλώς η πολιτική, οικονομική και κοινωνική ζωή της εκάστοτε χρονικής περιόδου, επιδρούσε καθοριστικά στον σχηματισμό του συστήματος, όπως και κάθε επικείμενης εξέλιξης στις επιστήμες και την τεχνολογία. Κάθε σύστημα υγείας αποτελείται από τις μονάδες που διαθέτει, από το ανθρώπινο δυναμικό καθώς και τους λοιπούς διαθέσιμους πόρους οι οποίοι βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση, με στόχο την επίτευξη του κοινού σκοπού της προσφοράς υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό.

Η επιδίωξη της κάλυψης των αναγκών υγείας, αποτέλεσε ένα φαινόμενο που απασχόλησε τον άνθρωπο από τη δημιουργία του. Ξεκινώντας από την προϊστορική εποχή η αντιμετώπιση ασθενειών βασιζόταν σε θεραπευτικές μεθόδους με φυτά και βότανα. Ο

εμπειρικός τρόπος αντιμετώπισης, μεταβιβαζόταν από γενιά σε γενιά και εμπλουτιζόταν διαρκώς με το πέρασμα των χρόνων συμβαδίζοντας με τις εξελίξεις.

Κατά την οργάνωση των πρώτων πολιτισμών δημιουργήθηκε η αντίληψη του επηρεασμού της υγείας από το περιβάλλον και εντοπίζονται τα πρώτα εγχειρίδια όπου αναγράφονται ασθένειες, συμπτώματα και διαγνώσεις. Την ίδια χρονική περίοδο καταγράφονται οι πρώτες μικροεπεμβάσεις. Κατά την Ελληνική και Ρωμαϊκή περίοδο αναφέρονται σε αρχαία Ελληνικά συγγράμματα, τραυματισμένοι πολεμιστές να περιθάλπονται από ιατρούς. Τα θεμέλια της παγκόσμιας ιατρικής επιστήμης δημιουργούνται στην Ελληνική αρχαιότητα από τον πατέρα της ιατρικής τον Ιπποκράτη, τον Γαληνό, τον Ηρόφιλο και τον Ερασίστρατο. Κατά την Βυζαντινή περίοδο λειτούργησαν τα πρώτα νοσοκομεία για το κοινό και τον 9^ο αιώνα ιδρύθηκε η πρώτη αξιοσημείωτη ιατρική σχολή στην νότια Ιταλία. Με το πέρασμα των αιώνων η ανθρωπότητα εξελίσσεται σταδιακά.

Τον 17^ο αιώνα κυριαρχούσε η αντίληψη ότι ο άνθρωπος είναι μηχανή και οι γιατροί επισκεύαζαν τα χαλασμένα εξαρτήματα. Η αντίληψη αυτή ενισχύθηκε κατά την περίοδο της εμποροκρατίας και της εκβιομηχάνισης. Το ενδιαφέρον για την προάσπιση της υγείας των εργατών δεν βασιζόταν σε ανθρωπιστικούς λόγους, όπως η διασφάλιση της ανθρώπινης ζωής, αλλά σε οικονομικούς για την εξασφάλιση της συνέχισης της εργασίας του ατόμου, και κατά συνέπεια την διατήρηση της ροής της παραγωγικής διαδικασίας.

Τον 19^ο αιώνα τα νοσοκομεία παρέχουν υπηρεσίες υγείας μόνο σε φτωχούς και την ίδια περίοδο σημειώνονται σημαντικά επιτεύγματα στην μικροβιολογία. Ενώ ο 20^{ος} αιώνας αποτέλεσε χρονικά το εφελτήριο για τη δημιουργία των συστημάτων υγείας, λόγω της ραγδαίας ανάπτυξης της ιατρικής και της τεχνολογίας. Πλέον οι υπηρεσίες που παρείχαν τα νοσοκομεία αφορούσαν όλους τους πολίτες. Καθοριστικής σημασίας αποτέλεσαν και οι εξελίξεις που προέκυψαν στην προσπάθεια κάλυψης των αναγκών υγείας μετά τον όλεθρο του Β' Παγκόσμιου Πόλεμου, που οδήγησαν στην ευρεία χρήση αντιβιοτικών και στην συνέχεια στην εφαρμογή του μαζικού εμβολιασμού.

Η ανθρωπότητα ανά τους αιώνες αντιμετώπισε καταστρεπτικές πληθυσμιακές απώλειες από λοιμώδη νοσήματα και επιδημίες. Ξεκινώντας από την προϊστορική εποχή μέχρι και τον 21^ο αιώνα παρατηρούνται συμβάντα υγειονομικού ενδιαφέροντος που συντάραξαν το πολιτικό, οικονομικό και κοινωνικό πλαίσιο της κάθε εποχής. Ενδεικτικά αναφέρονται οι πανδημίες της λέπρας, της πανώλης, της γρίπης και του Covid_19. Σημαντικοί

παράγοντες για την ανάπτυξη των λοιμωδών νοσημάτων και των πανδημιών αποτελούν η φτώχεια, οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, η διατροφή, το πόσιμο νερό, καθώς και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Με το πέρασμα των χρόνων, οι προαναφερόμενοι παράγοντες ανάπτυξης λοιμωδών νοσημάτων και πανδημιών βελτιώνονταν διαρκώς. Σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας, σταδιακά άρχισε να αυξάνει το προσδόκιμο ζωής των ανθρώπων.

Ασφαλώς η απειλή μιας πανδημίας εξακολουθεί να είναι υπαρκτή ακόμα και στη σύγχρονη κοινωνία. Μάλιστα η πρόσφατη πανδημία του Covid_19 απέδειξε περίτρανα ότι η οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας δεν επαρκεί κάθε αυτού για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας. Να σημειωθεί ότι η τελευταία πανδημία που έπληξε τον πλανήτη, ξεκίνησε από την Κίνα, μια χώρα με θεαματική οικονομική ανάπτυξη. Υπάρχουν πολλοί ακόμα παράγοντες που συντρέχουν για τη διατήρηση της υγείας του πληθυσμού. Η ποιότητα ζωής είναι συνυφασμένη με την υγεία. Στην περίπτωση της Κίνας οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, ως επί το πλείστον είναι υποβαθμισμένες παρόλη την οικονομική ανάπτυξη.

2.2 Διακήρυξη Άλμα Άτα – Διακήρυξη Αστάνα

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα γίνεται η έναρξη της διαμόρφωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με την Έκθεση Dawson το 1920 στο Ηνωμένο Βασίλειο. Μέχρι και πριν από αυτή την Έκθεση μόνο 40 χώρες διέθεταν κοινωνική ασφάλιση, η οποία όμως αφορούσε μόνο την περίπτωση εργατικού ατυχήματος. Με την έκθεση Dawson προτάθηκε η σύσταση Πρωτοβάθμιων και Δευτεροβάθμιων Κέντρων Υγείας. Στην συνέχεια το 1978 στην πόλη Άλματα του Καζακστάν, υπογράφηκε από 134 κράτη μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της UNICEF, στο Διεθνές Συνέδριο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η Διακήρυξη της Άλμα Άτα. Η συγκεκριμένη διακήρυξη έθεσε το όραμα της ισότητας στην πρόσβαση ολοκληρωμένων και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στη συμμετοχή της τοπικής κοινωνίας. Η Διακήρυξη της Άλμα Άτα αποτέλεσε μέρος της πολιτικής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας «Υγεία για όλους 2000». Το όραμα ωστόσο εξανεμίστηκε, καθώς δεν ενεργοποιήθηκαν οι νομικές αποφάσεις. Αν και δεν εκφράστηκαν δημόσια αντιρρήσεις για τις αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τότε, πολλές χώρες δεν δρομολόγησαν την υλοποίηση

των στόχων. Το 2008 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επανέρχεται με την παγκόσμια έκθεση υγείας με τίτλο «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: τώρα όσο ποτέ άλλοτε».

Κατά τον 21^ο αιώνα η πλειοψηφία των χωρών παρουσιάζει αισθητά βελτιωμένο βιοτικό και εργασιακό επίπεδο, με ορατά αποτελέσματα στην αύξηση των ορίων του προσδόκιμου ζωής. Πλέον η ανθρωπότητα δεν απειλείται στον ίδιο βαθμό από λοιμώδη νοσήματα και πανδημίες και επιπλέον διαθέτει εξελιγμένα μέσα και επιστήμες για την αντιμετώπισή τους. Με τη χρήση της επιδημιολογικής επιτήρησης παρατηρήθηκε στροφή του επιδημιολογικού προτύπου. Η υγεία του ανθρώπου απειλείται πλέον από τις σύγχρονες ασθένειες, οι οποίες είναι απόρροια του σύγχρονου τρόπου ζωής, όπως διαβήτης, καρκίνος και καρδιακές παθήσεις. Για την αντιμετώπισή τους, κρίθηκε απαραίτητη η αλλαγή του τρόπου διαχείρισης των θεμάτων υγείας. Πλέον στο επίκεντρο τίθεται ο άνθρωπος. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να προασπίζεται η ατομική και η δημόσια υγεία. Διαφορετικά, το τίμημα αποτιμάται σε ανθρώπινες ζωές αλλά και σε οικονομικό και πολιτικό κόστος.

Το όραμα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ανανεώνεται τον Οκτώβριο του 2018 με τη Διακήρυξη της Αστάνα, όπου επικαιροποιούνται οι αρχές της Διακήρυξης της Άλμα Άτα. Θεωρώντας ως δεδομένο ότι η υγεία αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, επισημαίνεται η ανάγκη καθολικής κάλυψης των πολιτών στον τομέα της υγείας, με προσανατολισμό προς την πρόληψη, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την ανακουφιστική φροντίδα. Ιδιαίτερα, τονίστηκε η ανάγκη ενίσχυσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την προάσπιση της δημόσιας υγείας και η σημαντικότητα της συμβολής της τοπικής κοινωνίας ως προς αυτή την κατεύθυνση. Επιπρόσθετα στην Διακήρυξη της Αστάνα γίνεται αναφορά και σε άλλους παράγοντες επηρεασμού της ποιότητας της υγείας του ατόμου, πέρα των γενετικών και κληρονομικών συντελεστών. Η κατεύθυνση που δίνεται ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι ανθρωποκεντρική. Αναφέρεται στον ασθενή ατομικά, αλλά και στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον του, όπου κρίνεται απαραίτητο.

Διαπιστώνεται ότι το νομοθετικό και θεωρητικό πλαίσιο προϋπάρχει και έχει ενισχυθεί, όμως πρακτικά δεν έχει εφαρμοστεί. Για την αποτελεσματική εφαρμογή της επιδιωκόμενης εξέλιξης του τομέα της υγείας, επιβάλλεται εξέλιξη των ίδιων των οργανισμών. Η εξέλιξη θα έρθει μέσα από τη μάθηση, οδηγώντας σταδιακά στην αλλαγή

«Η εφαρμογή του Συμμετοχικού Μοντέλου Διοίκησης σε ένα Κέντρο Υγείας » Νασιούλη Άννα

κουλτούρας και στην εφαρμογή ενός νέου μοντέλου διοίκησης, με απαραίτητη την συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων, ώστε να επιτευχθεί το άριστο αποτέλεσμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑ – ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ

Η πρόσφατη πανδημία του Covid_19, αιφνιδιάζοντας τον πλανήτη, προέβαλε τις ελλείψεις και τις παραλείψεις των συστημάτων υγείας παγκοσμίως. Η δύσκολη αυτή συνθήκη δίδαξε ότι πέρα από τις εθνικές στρατηγικές αντιμετώπισης κρίσεων, απαιτούνται ευρύτερα μέτρα συντονισμού για την προάσπιση της παγκόσμιας δημόσιας υγείας.

Άξια αναφοράς είναι η περίπτωση της Κίνας, που αποτέλεσε τον πυρήνα της πανδημίας. Αν και χώρα με αλματώδη οικονομική ανάπτυξη, φέρει υποβαθμισμένες συνθήκες διαβίωσης για μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Πλέον η υγεία του ανθρώπου καθορίζεται και απειλείται από τις περιβαλλοντικές αλλαγές, τις μεταβολές της τροφικής αλυσίδας, τη μετανάστευση, την ακραία φτώχεια και την ανισότητα. Τα συγκεκριμένα θέματα αφορούν το σύνολο των χωρών και συνεπώς οι λύσεις ή τα μέτρα αντιμετώπισης αυτών, θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα συλλογικής προσπάθειας με κοινής γραμμής πλευσης. Σε μια εποχή που χαρακτηρίζεται από παγκοσμιοποίηση απαιτείται συντονισμός στους βασικούς κοινωνικούς πυλώνες.

Οι χώρες παγκοσμίως, χρησιμοποιώντας κάθε διαθέσιμο μέσο, προσπάθησαν να διαχειριστούν την πανδημία. Άλλες σημείωσαν μεγαλύτερη και άλλες μικρότερη επιτυχία ως προς τον σχεδιασμό και το αποτέλεσμα. Η αποτίμηση της επιτυχίας ή της αποτυχίας ήταν πρωτίστως σε ανθρώπινες ζωές και δευτερευόντως σε οικονομικοκοινωνικό επίπεδο. Ο βαθμός απόκρισης των χωρών στις αναπάντεχα δύσκολες συνθήκες της πανδημίας, εξαρτήθηκε από τις κατευθύνσεις που δόθηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, από το πόσο ισχυρά δομημένο ήταν τα δημόσια σύστημα υγείας, την ετοιμότητα του κρατικού μηχανισμού και την αυταπάρνηση και ενότητα του λαού και του ανθρώπινου δυναμικού. Αδράζοντας την ευκαιρία που προέκυψε μέσα από την πανδημία του Covid_19, τα κράτη οφείλουν να μάθουν το ένα από το άλλο και με γνώμονα την συλλογική υγεία να δρομολογηθεί ο σχεδιασμός ενός παγκόσμιου σχεδίου δράσης, που θα υιοθετείται από τις χώρες και θα προσαρμόζεται στις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες της κάθε μιας ξεχωριστά.

Μέσα από τις αντίξοες συνθήκες της πανδημίας προβάλλεται μια νέα ευκαιρία για αλλαγή της επικρατούσας φιλοσοφίας. Την απομάκρυνση από το εγώ, το ατομικό και τη

μεταφορά στο εμείς, το συλλογικό. Η συμμετοχή στις αποφάσεις δημιουργεί ισχυρή δέσμευση είτε αυτό αφορά το εσωτερικό ή το εξωτερικό περιβάλλον μιας χώρας.

Ακολουθεί μια σύντομη ανάλυση καλών πρακτικών υγείας σε χώρες όπως η Μ. Βρετανία, η Σουηδία, η Ιταλία, ο Καναδάς και οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ), οι οποίες το 1980 δοκίμασαν την απομάκρυνση της πολιτικής από τη διοίκηση και της αγοράς από την παροχή υπηρεσιών, αλλάζοντας τον τρόπο διοίκησης των οργανισμών υγείας. Στόχος αυτής της αλλαγής ήταν ο έλεγχος των δαπανών υγείας, η συγκράτηση του κόστους και η ορθότερη κατανομή των πόρων, ώστε να υπάρξει αύξηση αποδοτικότητας και παραγωγικότητας. Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών με το χαμηλότερο δυνατό κόστος, αποτελεί προϋπόθεση προκειμένου τα συστήματα υγείας να παραμείνουν βιώσιμα, διατηρώντας όμως τις αξίες του κοινωνικού κράτους. Το αγκάθι στο εγχείρημα της αλλαγής του οργανωσιακού μοντέλου, αποτέλεσε η δυσκολία του οργανισμού, ως προς την σύγκλιση μιας κοινής κουλτούρας.

3.1 Το μοντέλο της Μεγάλης Βρετανίας

Η Μεγάλη Βρετανία είναι η χώρα όπου διατυπώθηκε, για πρώτη φορά με την «Έκθεση Dawson», η πρόταση για την δημιουργία Πρωτοβάθμιων Κέντρων Υγείας ανά περιοχή.

Το Βρετανικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται επί τον πλείστον από δημόσιους πόρους, ιδιωτική ασφάλιση αλλά και από την συμμετοχή των ασθενών. Την ευθύνη για την προστασία της δημόσιας υγείας φέρει το Υπουργείο Υγείας και η χώρα ακολουθεί το μοντέλο «Beveridge», δηλαδή την καθολική δωρεάν κάλυψη των πολιτών. Την εφαρμογή και τον σχεδιασμό των πολιτικών, αναλαμβάνουν οι τοπικές αρχές σε συνεργασία με ομάδες της κοινότητας και επαγγελματιών υγείας, θέτοντας ως προτεραιότητα τις τοπικές ανάγκες.

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχονται από Γενικούς Ιατρούς σε ιδιωτικά ιατρεία και αποτελούν το φίλτρο παραπομπής των ασθενών σε επόμενες βαθμίδες φροντίδας. Στους ασθενείς δίνεται η δυνατότητα να επιλέγουν τον ιατρό τους. Η ιδιαιτερότητα που χαρακτηρίζει τα ιατρεία είναι ότι λειτουργούν ως επιχειρήσεις, αυτόνομα, με πλήρη ευθύνη για την οργάνωση και την οικονομική και λειτουργική διαχείρισή τους.

Η παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον και μακροχρόνιας φροντίδας παρουσιάζονται ανεπτυγμένες, λόγω του μεγάλου ποσοστού πολιτών με χρόνιες ασθένειες ή με συννοσηρότητα. Η μακροχρόνια φροντίδα παρέχεται από την τοπική κοινωνία, ενώ η κατ' οίκον φροντίδα παρέχεται από τον δημόσιο τομέα, από ιδιωτικές επιχειρήσεις, από εθελοντές και από την οικογένεια του πάσχοντος. Οι στόχοι αυτών των υπηρεσιών είναι η διασφάλιση της συνέχειας της παροχής της υπηρεσίας, η ενεργοποίηση του ασθενούς, η χρήση του ιατρικού φακέλου και η υιοθέτηση νέων συστημάτων πληρωμών. Το επίκεντρο είναι ο ασθενής, η εκπαίδευσή του για αυτόφροντίδα και η εκπαίδευση φροντιστών για την υπηρετήση αυτού του σκοπού. Γίνεται σαφές από τις πολιτικές υγείας που εφαρμόζονται, ότι δίνεται ιδιαίτερο βάρος στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, με θετικά αποτελέσματα στην κοινωνική ισορροπία και συνάμα την επίτευξη μείωσης των δαπανών υγείας.

3.2 Το μοντέλο της Σουηδίας

Η Σουηδία διαθέτει υψηλό προσδόκιμο ζωής που συνοδεύεται και από υψηλό ποσοστό γήρανσης του πληθυσμού. Το δεδομένο αυτό, αυτομάτως δημιούργησε την ανάγκη περίθαλψης των ηλικιωμένων.

Η χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας προέρχεται από τη φορολόγηση των πολιτών, σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο και ένα μικρό ποσοστό από τη συμμετοχή των ασφαλισμένων. Η κεντρική διοίκηση λαμβάνει μέρος των αποφάσεων, αλλά η πρωτοβουλία για την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ανήκει στην τοπική κοινωνία. Υπάρχει μια δέσμευση ως προς τις κατευθύνσεις της κεντρικής διοίκησης, αν και παρέχεται η δυνατότητα προσαρμογής αυτών στις ανάγκες και στις απαιτήσεις της τοπικής κοινότητας, με κυρίαρχο στόχο την προαγωγή της υγείας των πολιτών.

Η αρμοδιότητα για την παροχή κατ' οίκον φροντίδας ανήκει στους δήμους. Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα απολαμβάνουν τις προσωποποιημένες υπηρεσίες υγείας στον χώρο τους, παραμένοντας ενήμεροι για το σύνολο των διαθέσιμων υπηρεσιών που προσφέρονται, καθώς και αυτές που αφορούν την ικανοποίηση των ατομικών τους αναγκών. Τα Κέντρα Υγείας αποτελούν τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στους πολίτες και τις κοινωνικές υπηρεσίες, δημιουργώντας έτσι διασύνδεση μεταξύ των πολιτών και των υπηρεσιών αλλά και των υπηρεσιών μεταξύ τους.

3.3 Το μοντέλο της Ιταλίας

Ο στρατηγικός σχεδιασμός της δημόσιας υγείας ανήκει στο Υπουργείο Υγείας. Η ευθύνη της υλοποίησης των στόχων μετατίθεται σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Οι περιφέρειες μπορούν να δρουν εν μέρει αυτόνομα και σε συνεργασία με τους τοπικούς φορείς, πραγματοποιώντας τις απαιτούμενες αλλαγές για την αποτελεσματικότερη εφαρμογή στις κοινότητες. Πάντα όμως στα όρια του νομοθετικού πλαισίου που έχει χαραχθεί από την κεντρική κυβέρνηση, παρέχονται υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και πρόληψης της υγείας.

Η χρηματοδότηση της υγείας παρέχεται από την κυβέρνηση, η οποία αναθέτει στις περιφέρειες τη διαχείριση των κονδυλίων, προκειμένου να προσαρμόζονται στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες της κάθε περιφερειακής ενότητας.

3.4 Το μοντέλο του Καναδά

Το Καναδικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως αποκεντρωτικό, με ελεύθερη πρόσβαση των πολιτών σε αυτό. Η βασική φροντίδα υγείας των πολιτών χρηματοδοτείται από το κράτος, ενώ οι πρόσθετες υπηρεσίες υγείας καλύπτονται κατά ένα μέρος από τους χρήστες.

Η κατεύθυνση του συστήματος υγείας του Καναδά είναι προς την αλλαγή της οργάνωσης και της χρηματοδότησης, την αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών καθώς και την στροφή προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Δίνεται περιθώριο πρωτοβουλίας στις τοπικές κοινωνίες, για προώθηση προγραμμάτων πρόληψης μέσω των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Για την παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας εφαρμόζεται το μοντέλο Wagner. Σύμφωνα με αυτό δίνεται έμφαση στην εκπαίδευση αυτοφροντίδας του ασθενούς, την τήρηση του ιατρικού φακέλου, την εισαγωγή πληροφοριακών συστημάτων στις δομές υγείας και την τήρηση πρωτοκόλλων και διαδικασιών. Η είσοδος των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας πραγματοποιείται μέσω ιατρικών κέντρων που προσφέρουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

3.5 Το μοντέλο των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής

Στις ΗΠΑ το σύστημα υγείας βασίζεται στην ιδιωτική πρωτοβουλία και παρουσιάζονται ανισότητες ως προς την δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Οι ανισότητες δημιουργούνται λόγω της ανεργίας, της φτώχειας και της μη καθολικής κάλυψης των αναγκών υγείας των πολιτών. Τα πακέτα ασφάλισης προέρχονται είτε από την εργασία, όπου γίνεται συμφωνία αμοιβής και πακέτου ασφαλιστικής κάλυψης με τον εργοδότη είτε από την επιλογή του ατόμου για ιδιωτικής ασφάλισης.

Ωστόσο τα τελευταία χρόνια παρατηρείται στροφή του συστήματος ως προς τον ασθενή. Υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ των υπηρεσιών και λειτουργούν οργανισμοί που παρέχουν κατ' οίκον υπηρεσίες υγείας.

3.6 Η στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη διατήρηση της υγείας

Η επέλαση της πανδημίας του Covid_19 επέφερε καταστροφικά αποτελέσματα παγκοσμίως. Η ανακοίνωση της άγνωστης μέχρι το άκουσμα της πανδημίας, σε ένα ανέτοιμο κόσμο για την αντιμετώπιση της, οδήγησε σε εικόνες ερήμωσης μεγαλουπόλεων, πόλεων και χωριών σε ανεπτυγμένα και μη κράτη. Έγινε απολύτως κατανοητή η υπάρχουσα διασύνδεση των χωρών και πως μια κρίση υγείας επαρκεί ώστε να ανατραπούν τα δεδομένα. Το κόστος των επιπτώσεων επηρέασε κάθε έκφανση της ανθρώπινης ζωής, σε οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό και πολιτισμικό επίπεδο. Τα διδάγματα της πανδημίας επιτάσσουν συλλογική εργασία για την προάσπιση της παγκόσμιας υγείας. Η συνεργασία και η ανταλλαγή πληροφοριών και γνώσης μεταξύ των κρατών κρίνεται πλέον απαραίτητη και αποδείχθηκε πολύτιμη κατά την αντιμετώπιση της κρίσης της πανδημίας του Covid_19.

Ο κλάδος της υγείας, όπως και κάθε τομέας της ζωής των ανθρώπων, τα τελευταία χρόνια ήρθε αντιμέτωπος με επανωτές προκλήσεις. Η προηγούμενη οικονομική κρίση του 2008, οδήγησε σε υποβάθμιση των υπηρεσιών υγείας. Στην συνέχεια ακολούθησε η υγειονομική κρίση που προκλήθηκε λόγω της πανδημίας του Covid_19, με πληθώρα πολύ επίπεδων επιπτώσεων και τέλος η αντιμετώπιση της ενεργειακής κρίσης. Οι προαναφερόμενες προκλήσεις έφεραν εμπόδια στην προσφορά και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Όμως η υγεία ως το υπέρτατο αγαθό οφείλεται να διασφαλιστεί στο ακέραιο για το σύνολο του πληθυσμού. Η διατήρηση της δημόσιας υγείας μιας χώρας

συσχετίζεται άμεσα με τη διατήρηση της παγκόσμιας υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατέχοντας ένα πολύ σημαντικό μέρος της ευθύνης για τη διατήρηση της παγκόσμιας υγείας, αποτελεί τον καθοδηγητή, χαράσσοντας τις κατευθυντήριες γραμμές. Ο οργανισμός συλλέγει στοιχεία που αφορούν την υγεία των κρατών, τις δομές υγείας και τη λειτουργία τους, τα επιδημιολογικά στοιχεία και τα στοιχεία που αφορούν τη θνησιμότητα. Προκειμένου να υπάρχει συνολική εικόνα, η συλλογή στοιχείων γίνεται από κάθε λογής πηγή που αφορά την υγιή ή μη υγιή ζωή των ανθρώπων. Κατ' αυτό τον τρόπο η μελέτη και αξιολόγηση τους θα οδηγήσει σε ασφαλέστερα συμπεράσματα.. Στη συνέχεια καταλήγοντας σε εμπειριστατωμένα συμπεράσματα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, προχωρά στη λήψη μέτρων και σύνταξη οδηγιών, δίνοντας κατευθυντήριες γραμμές στον σχεδιασμό πολιτικών υγείας από τα κράτη. Δρομολογείται δηλαδή η διασφάλιση του βέλτιστου επιπέδου παγκόσμιας υγείας. Τα Ευρωπαϊκά κράτη εκτός από τις συστάσεις του Οργανισμού Παγκόσμιας Υγείας, ακολουθούν σε συνδυασμό, τις οδηγίες και τις πολιτικές υγείας που χαράσσονται από την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ). Ωστόσο οι πολιτικές υγείας των κρατών προσαρμόζονται στην εθνική κουλτούρα, τις υπάρχουσες ανάγκες και συνθήκες που επικρατούν στην εκάστοτε χώρα.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει προβεί σε στρατηγικό σχεδιασμό για την εφαρμογή πολιτικών υγείας έως το 2030. Προτεραιότητες αυτής της στρατηγικής αποτελεί η προαγωγή και πρόληψη της υγείας, με ισότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες και φάρμακα. Παρέχεται καθολική κάλυψη και ενισχύονται τα συστήματα υγείας, ώστε να παραμείνουν βιώσιμα και να διασφαλιστεί η προστασία από διασυννοριακές απειλές. Η νέα αυτή στρατηγική επιδιώκει αύξηση των χρόνων υγιούς ζωής με άμεση επίδραση στην οικονομική και στην γενικότερη άνθηση των κοινωνιών.

Τα Ευρωπαϊκά κράτη λαμβάνουν χρηματοδοτήσεις προκειμένου να ενισχυθούν ως προς την κατεύθυνση που προτάσσει η Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι τελευταίες μεταρρυθμίσεις, έτσι όπως έχουν χαραχθεί, θέτουν ως πυλώνα την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η μεταρρύθμιση του συστήματος θέτει ως επίκεντρο τον άνθρωπο, τη δημιουργία νέας κουλτούρας υγείας στον πληθυσμό και την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, μεταθέτοντας την ευθύνη στην τοπική κοινωνία. Η ενίσχυση των συστημάτων υγείας πραγματοποιείται μέσω του προγράμματος «Η Ευρωπαϊκή Ένωση για την υγεία» (EU4Health). Η χρηματοδότηση των 5,3 δις. € αφορά την περίοδο 2021-2027 και αποσκοπεί την ενίσχυση των οργανισμών υγείας για την αντιμετώπιση των αναγκών που

προέκυψαν λόγω του Covid_19, αλλά και την περαιτέρω ανασυγκρότηση και δόμηση ισχυρής εθνικής δημόσιας υγείας για κάθε κράτος μέλος.

Οι πολιτικές δράσεις που έχει θεσπίσει η Ευρωπαϊκή Ένωση αφορούν: α) την έγκριση φαρμάκων και τη συνεχή παρακολούθηση της ασφάλειας τους, β) την αντιμετώπιση διασυνοριακών απειλών, ώστε να εξασφαλιστεί η δημόσια υγεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, γ) την προαγωγή και προάσπιση της υγείας υιοθετώντας δράσεις πρόληψης για την αντιμετώπιση των σύγχρονων ασθενειών και σύσταση για αύξηση του συμπτωματικού ελέγχου για ακόμα περισσότερες σύγχρονες ασθένειες, δ) τη μείωση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, ε) τη θέσπιση μέτρων για την αντιμετώπιση της μικροβιακής αντοχής, ζ) την εφαρμογή πολιτικών εμβολιασμού, η) τη διατήρηση της ασφάλειας ουσιών ανθρώπινης προέλευσης και θ) την ενίσχυση της ηλεκτρονικής υγείας.

Η αλλαγή των επιδημιολογικών προτύπων υποχρεώνουν την αλλαγή οπτικής. Πλέον, για την διατήρηση της υγείας θα πρέπει να αντιμετωπιστούν παράγοντες, όπως η φτώχεια, οι διασυνοριακές απειλές, η κλιματική αλλαγή και η μικροβιακή αντοχή. Τα εργαλεία για την αντιμετώπιση των νέων συνθηκών υγείας είναι η ψηφιακή μετάβαση και η χρήση πληροφοριακών συστημάτων εσωτερικά και εξωτερικά των οργανισμών ώστε να υπάρχει διασύνδεση, η διαρκής έρευνα για άντληση πληροφοριών και εύρεση νέων δεδομένων και η δημιουργία μέσω της εκπαίδευσης ειδικευμένου εργατικού δυναμικό, το οποίο με ουσιαστική γνώση και αντίληψη μπορεί να επιφέρει θεαματικά αποτελέσματα. Σημαντική κρίνεται και η εισαγωγή της αειφόρου ανάπτυξης ως μορφή οικονομικής ανάπτυξης και στις δομές υγείας, που θα συμβάλει στην προστασία του περιβάλλοντος και την ταυτόχρονη βιώσιμη ανάπτυξη των οργανισμών. Επιπρόσθετα καθίσταται σαφές ότι οι υπηρεσίες υγείας προσφέρουν κοινωνικό αγαθό και η παροχή καθολικής κάλυψης υγείας ενδυναμώνει τις ευπαθείς ομάδες ενισχύοντας τελικά το κοινωνικό σύνολο.

Για ακόμα μια φορά διαπιστώνεται ότι το συλλογικό υπερτερεί έναντι του ατομικού. Μάλιστα η πανδημία του Covid_19 κατέδειξε την ατομιστική συμπεριφορά καταστροφική για την μονάδα αλλά και για το σύνολο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας δεν μετρά πολλά χρόνια από την σύσταση του. Τον 19^ο αιώνα το νεοϊδρυθέν Ελληνικό κράτος εφάρμοσε τον θεσμό του νομίατρου και το 1836 ιδρύθηκε το πρώτο νοσοκομείο και το πρώτο ασφαλιστικό ταμείο. Η κυβέρνηση του Ελευθέριου Βενιζέλου το 1910 προέβη σε μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας, με σημαντικότερη την υποχρεωτική ασφάλιση των εργαζομένων. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδος ιδρύθηκε το 1983 με σκοπό την κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών του κράτους, σε ιατροφαρμακευτικό υλικό και σε νοσηλευτική κάλυψη. Ως κράτος πρόνοιας οφείλεται να παρέχονται υπηρεσίες υγείας ελεύθερα και ισότιμα σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτου οικονομικής, κοινωνικής και επαγγελματικής κατάστασης. Το σύστημα είναι αποκεντρωτικό, καθώς έχουν ιδρυθεί Κέντρα Υγείας στις επαρχίες, Περιφερειακά και Νομαρχιακά νοσοκομεία. Η υγεία των πολιτών μιας χώρας είναι συνυφασμένη με τη δημόσια υγεία. Το κράτος δεσμεύεται ως προς τη διατήρηση της και προβαίνει σε σχεδιασμό στρατηγικών για την υλοποίηση των στόχων προς την κατεύθυνση αυτή.

Σήμερα το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδος αποτελείται από επτά Υγειονομικές Περιφέρειες στις οποίες έχουν διαμοιραστεί οι νομοί της χώρας και έχουν αναλάβει τη διοίκηση των δομών υγείας που διαχωρίζονται σε τρεις βαθμίδες υγείας. Στην συνέχεια ακολουθεί μια σύντομη ανάλυση των τριών βαθμίδων υγείας Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια, εστιάζοντας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας προκειμένου να αναδειχθεί ο ρόλος που κατέχουν τα Κέντρα Υγείας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

4.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Όπως προαναφέρθηκε η σύλληψη της ιδέας για τη σύσταση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πραγματοποιήθηκε στις αρχές του 20^{ου} αιώνα στο Ηνωμένο Βασίλειο με την Έκθεση Dawson. Η οργάνωση και η υιοθέτηση των βασικών αρχών της, διατυπώθηκαν στη Διακήρυξη της Άλμα Άτα το 1978. Όμως το σχέδιο θεωρήθηκε ανεφάρμοστο από αρκετές χώρες και έτσι ξεκίνησε η επιλεκτική εφαρμογή των αρχών της Διακήρυξης. Η επικαιροποίηση των αρχών της Διακήρυξης της Άλμα Άτα πραγματοποιήθηκε το 2018 με τη Διακήρυξη της Αστάνα. «Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα

Υγείας νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, την θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής» (<http://www.opengov.gr>yyka> προσβάσιμη 15/03/23). Την ευθύνη για υλοποίηση και παροχή των άνωθεν έχει το κράτος, το οποίο επιβάλλεται να υλοποιεί τις υποχρεώσεις του έναντι του πληθυσμού, με σεβασμό προς τις ανάγκες του.

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας προσφέρει υπηρεσίες σε πρωτοβάθμιο βαθμό, όπου δεν απαιτείται εισαγωγή του πολίτη σε δομή υγείας, παρέχοντας την δυνατότητα αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών. Στόχος της είναι η προαγωγή της υγείας μέσω της διοργάνωσης δράσεων, την προώθηση της κουλτούρας πρόληψης, την υποστήριξη ασθενών με χρόνια νοσήματα σε ψυχολογικό και νοσηλευτικό επίπεδο, την παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας, με παράλληλη στήριξη στην οικογένεια. Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποδεικνύεται κομβικός, μιας και αποτελεί τον συνδετικό κρίκο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με κοινωνικές υπηρεσίες και με υπηρεσίες ψυχικής υγείας, προκειμένου να παρέχεται ολοκλήρωση στις υπηρεσίες που λαμβάνει ο ασθενής. Επίσης αποτελεί τον ρυθμιστή της ροής των ασθενών προς τις Δευτεροβάθμιες και Τριτοβάθμιες δομές, αξιολογώντας τις πραγματικές ανάγκες του ασθενούς.

Οι υπηρεσίες υγείας σε πρώτο επίπεδο παρέχονται από αποκεντρωμένες δομές, τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.), τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Περιφερειακά Πολυδύναμα Ιατρεία, τα Περιφερειακά Ειδικά Ιατρεία και τα Τοπικά Ιατρεία. Σε δεύτερο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας αστικού και μη αστικού τύπου. Σε κάθε δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας. Η οργάνωση, η δομή και η στελέχωσή τους εξετάζεται κατά περίπτωση, συνυπολογίζοντας τον πληθυσμό και τις κατά τόπου ανάγκες του δήμου. Υπάρχει άμεσος συσχετισμός μεταξύ του προσωπικού, κοινωνικού, οικονομικού υπόβαθρου του ατόμου καθώς και του περιβάλλοντος που ενεργεί και αναπτύσσεται, με τον τρόπο και τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την παροχή πρωτογενούς πρόληψης. Τα Κέντρα Υγείας έχοντας τοπικό χαρακτήρα, επιτυγχάνουν αμεσότερη επαφή με τις ανάγκες των κοινοτήτων, σύμφωνα με τις διαμορφούμενες τοπικές συνήθειες, ήθη και έθιμα, το είδος εργασίας και τις συνθήκες διαβίωσης.

Ωστόσο διατηρούνται αμφιβολίες ως προς την επιτυχή εκπλήρωση των σκοπών σύστασης των οργανισμών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Διαπιστώνεται ότι οι υπηρεσίες συρρικνώνονται, δημιουργείται το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης και παρατηρείται περισσότερο συγκέντρωση στην συνταγογράφηση, παρά στην επιτέλεση του ουσιαστικού έργου της σύστασης των δομών. Δεν υπάρχει επαρκές σύστημα ελέγχου και παραπομπής ως προς τις υπόλοιπες βαθμίδες υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την άσκοπη χρήση νοσηλευτικής περίθαλψης που οδηγεί στην αύξηση των δαπανών υγείας και έλλειψη διασύνδεσης των υπηρεσιών με παροχή μεμονωμένων και μη εξατομικευμένων υπηρεσιών. Ασφαλώς η μέθοδος προσφυγής σε πολιτικά μέσα και σε κοινωνικές γνωριμίες, καθώς και οι άτυπες πληρωμές για την παροχή υπηρεσιών υγείας, αποτελούν για δεκαετίες μάλιστα του συστήματος.

4.2 Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει τα Γενικά Νοσοκομεία. Σε κάθε νομό υπάρχει ένα τουλάχιστον Γενικό Νοσοκομείο όπου υπηρετούν ιατροί των βασικών ειδικοτήτων, καλύπτοντας τις άμεσες ανάγκες της περιοχής παρέχοντας ολοκληρωμένη νοσηλεία.

Η συγκεκριμένη βαθμίδα θα έπρεπε να απασχολείται από περιστατικά που χρήζουν νοσηλεία και όχι πρωτοβάθμια περίθαλψη, όπως συχνά συμβαίνει. Γεγονός που αυξάνει τις δαπάνες υγείας, επιβαρύνει την ορθή και αποτελεσματική λειτουργία των δομών της Δευτεροβάθμιας φροντίδας, στερώντας μέρος της προσοχής και φροντίδας από συνανθρώπους που χρίζουν πραγματικής ανάγκης.

4.3 Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Σε αυτή τη βαθμίδα ανήκουν μεγαλύτερες νοσοκομειακές μονάδες, τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία τα οποία συχνά αποτελούν και πηγές έρευνας. Οι υπηρεσίες που παρέχουν είναι υψηλού κόστους και αφορούν πιο ειδικές καταστάσεις υγείας.

Η στελέχωση τους χαρακτηρίζεται από εξειδίκευση και απαρτίζεται από ανθρώπινο δυναμικό υψηλής κατάρτισης. Ο τεχνολογικός εξοπλισμός των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων απαρτίζεται από μηχανήματα υψηλού κόστους και απευθύνονται σε

σοβαρότερες και δυσκολότερες περιπτώσεις υγείας, που η εξέταση τους και η αντιμετώπιση τους απαιτούν εξειδίκευση.

4.4 Το ασφαλιστικό σύστημα της Ελλάδος

Το ασφαλιστικό σύστημα της Ελλάδος μέχρι πρότινος ήταν διαχωρισμένο σε πολλά διαφορετικά ταμεία που αντιστοιχούσαν σε κατηγορίες επαγγελματιών. Οι παροχές και οι ασφαλιστικές εισφορές διαφοροποιούνταν αναλόγως του ασφαλιστικού φορέα και του επαγγελματικού κλάδου. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι οι ιδιωτικοί υπάλληλοι ήταν ασφαλισμένοι στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), οι ελεύθεροι επαγγελματίες στον Οργανισμό Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), οι δημόσιοι υπάλληλοι στον Οργανισμό Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), οι αγρότες στον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και υφίστανται πληθώρα ακόμα ασφαλιστικών ταμείων στα οποία συγκαταλέγονταν οι εργαζόμενοι σύμφωνα με τον κλάδο απασχόλησης τους. Το 2011 με τον Ν. 3918 υπήρξε ενοποίηση των ταμείων σε ένα και δημιουργήθηκε ο κρατικός οργανισμός με την ονομασία Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) που είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) και αποτελεί τον κύριο ασφαλιστικό φορέα του Ελληνικού κράτους. Δια μέσου του ΕΟΠΥΥ παρέχεται ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα, μέσω των δημόσιων πρωτοβάθμιων οργανισμών υγείας και μέσω των συμβεβλημένων ιδιωτών ιατρών με τον ασφαλιστικό φορέα. Οι πολίτες είναι ελεύθεροι ως προς την επιλογή του ιατρού.

Σκοπός της ενοποίησης των ασφαλιστικών ταμείων σε ένα κεντρικό ασφαλιστικό φορέα, είναι η διαχείριση των δαπανών υγείας. Ο ρόλος των πρωτοβάθμιων δομών περιλαμβάνει τη διαχείριση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, φιλτράροντας την ροή προς τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια βαθμίδα υγείας. Αποτέλεσμα αυτού είναι η μείωση του κόστους των άσκοπων εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων, η μείωση της υπερβάλλουσας συνταγογράφησης, του κόστους των φαρμάκων για το δημόσιο ταμείο και η μείωση της προκλητής ζήτησης, παρέχοντας ωστόσο ολοκληρωμένες ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, ισότιμα στον Ελληνικό πληθυσμό, καθιστώντας ταυτόχρονα βιώσιμο το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Η χρηματοδότηση του εθνικού ασφαλιστικού φορέα ΕΟΠΥΥ αποτελεί ένα συνδυασμό εσόδων. Η χρηματοδότηση προέρχεται από τον ετήσιο κρατικό προϋπολογισμό και από τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και συνταξιούχων. Άλλη πηγή

εσόδων αποτελούν και οι πληρωμές προστίμων που προέρχονται από τους μη συμμορφούμενους με τις υποχρεώσεις τους πολίτες καθώς και από χρηματικές επιστροφές από φαρμακευτικές εταιρείες.

4.5 Μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας

Η Ελλάδα έχοντας διανύσει μια δεκαετή οικονομική κρίση και μια τριετή σχεδόν υγειονομική κρίση, έχουν ληφθεί αποφάσεις για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καταλαμβάνει κεντρική θέση των πολιτικών αυτών. Η διοίκηση των οργανισμών ανατίθεται στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ) και διαχωρίζεται σε δύο επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο συγκαταλέγονται οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ) και τα Τοπικά Ιατρεία (ΤΙ). Στο δεύτερο επίπεδο συγκαταλέγονται τα Κέντρα Υγείας ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες που παρέχουν υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας.

Στους ιατρούς που υπηρετούν σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας προστίθεται η ιδιότητα του προσωπικού ιατρού. Δίνεται έμφαση στην πρόληψη της υγείας συνολικά και ειδικότερα στην οδοντιατρική φροντίδα και τον γυναικολογικό έλεγχο μέσω του δικτύου Μαιών - Μαιευτών. Η εφαρμογή του προσωπικού ιατρού είχε προταθεί από την σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983, όμως δεν υποστηρίχθηκε, με αποτέλεσμα να παραμείνει ανεφάρμοστη. Με τη μεταρρύθμιση που προωθείται, κάθε πολίτης μπορεί να επιλέξει τον προσωπικό του ιατρό, ο οποίος αποτελεί το σημείο σύνδεσης του ασθενούς με το δίκτυο των υπηρεσιών υγείας. Κάθε προσωπικός ιατρός μπορεί να διαχειρίζεται έως 2000 ασθενείς, παρέχοντας συνεχή πρωτοβάθμια φροντίδα στους ίδιους και στο οικογενειακό τους περιβάλλον, εφόσον χρίζει υποστήριξης. Οι ειδικότητες που εξυπηρετούν κατά κύριο λόγο τον σκοπό, είναι Γενικής Ιατρικής και Παθολογίας. Σε περίπτωση μη κάλυψης του πληθυσμού δύναται οι υπηρεσίες να παρέχονται από ιδιώτες οι οποίοι θα είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΠΥ και άμεσα διασυνδεδεμένοι με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η αμοιβή των ιατρών ορίζεται ανά ασθενή.

Η εφαρμογή του θεσμού του προσωπικού ιατρού εκτός των άλλων εξυπηρετεί τον σκοπό της εφαρμογής του ιατρικού φακέλου, με την τήρηση του οποίου αναπτύσσεται διαπροσωπική σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Ο ιατρός γνωρίζοντας τον ασθενή του,

δημιουργεί μέσω του ιατρικού φακέλου το ιστορικό υγείας, με όλες τις απαραίτητες ιατρικές πληροφορίες. Λόγω της αλματώδους ανάπτυξης των τεχνολογιών και την εισαγωγή των πληροφοριακών συστημάτων στην υγείας, η τήρηση του ιατρικού φακέλου διασφαλίζει, εφόσον απαιτηθεί, την αποτελεσματική αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας από οποιονδήποτε ιατρό πέραν του προσωπικού. Τα ενοποιημένα και ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα συμβάλλουν στην ολοκληρωμένη πληροφόρηση, που παρέχει την δυνατότητα διαχείρισης ιατρικών περιστατικών από απόσταση, καταλύοντας τους γεωγραφικούς περιορισμούς, μέσω της τηλεϊατρικής. Τα αποτελέσματα είναι εμφανή στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον ασθενή, προς την διευκόλυνση των επαγγελματιών υγείας, προς τη μείωση των εργατοωρών και των δαπανών υγείας. Τα στοιχεία που περιλαμβάνονται σε ένα ιατρικό φάκελο αποτελούν προσωπικά δεδομένα και για την πρόσβαση απαιτείται συγκατάθεση του ασθενούς. Η διατήρηση του ιατρικού φακέλου, πέρα των θετικών που αποφέρει σε ασθενείς και επαγγελματίες υγείας, συμβάλλει προς την μελέτη και συλλογή στοιχείων παθήσεων, επιδημιολογικών στοιχείων, σε τοπικό επίπεδο και σε επίπεδο χώρας.

Η μεταρρύθμιση της υγείας έχοντας ως επίκεντρο το άτομο, προάγει την υγεία, την πρόληψη της ασθένειας και την επιλογή ενός υγιεινού τρόπου ζωής, μέσω δράσεων ενημέρωσης και εκπαίδευσης. Η βάση της υγείας του ατόμου καλλιεργείται μέσα στην οικογένεια, στο σχολείο, στην εργασία, στην κοινότητα. Με την υποστήριξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σταδιακά το άτομο εκπαιδεύεται, ώστε να αποκτήσει κουλτούρα πρόληψης και οριοθετείται η είσοδος του ασθενούς στις επόμενες βαθμίδες υγείας. Μόνο ένας μικρός αριθμός ασθενών με πραγματικά επιβαρυνμένη υγεία θα πρέπει να καταλήγει σε οργανισμούς της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας και πόσο μάλλον σε δομές της Τριτοβάθμιας Φροντίδας. Ο ρόλος των πρωτοβάθμιων δομών και υπηρεσιών είναι τόσο ουσιαστικός που θα μπορούσε να παρομοιαστεί με τα θεμέλια ενός κτιρίου. Όσο πιο σταθερά είναι τα θεμέλια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας τόσο πιο ισχυρή και αποτελεσματική θα είναι η Δημόσια Υγεία.

Η Ελλάδα είναι μια χώρα που ο θεσμός της οικογένειας είναι ιδιαίτερα ισχυρός. Συγκεκριμένα, στις τοπικές κοινωνίες ο θεσμός της κατ' οίκον φροντίδας προϋπάρχει και προέρχεται από το άτυπο δίκτυο που δημιουργεί το οικογενειακό περιβάλλον. Η παγκοσμιοποίηση, η αστικοποίηση, οι γρήγοροι ρυθμοί ζωής οδήγησαν στην σταδιακή απομάκρυνση των μελών των οικογενειών. Έτσι, παρατηρήθηκε αύξηση των αναγκών υποστήριξης των ατόμων με χρόνια νοσήματα. Στην προωθούμενη μεταρρύθμιση,

δίνεται έμφαση στην κατ' οίκον φροντίδα και τη φροντίδα των μακροχρόνιων ασθενών, ενισχύοντας πέραν της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας και την ψυχολογική υποστήριξη των ιδίων αλλά και των μελών των οικογενειών. Η κατ' οίκον φροντίδα έχει ως σκοπό την αξιοπρεπή διαβίωση των ασθενών και την εκπαίδευση αυτών, ώστε να παραμένουν λειτουργικοί στα πλαίσια του επιτρεπτού, λαμβάνοντας υπόψη την ασθένεια τους. Εκπαιδεύονται, ώστε να είναι ικανοί να φροντίζουν τον εαυτό τους. Στις περιπτώσεις που η αυτόφροντίδα δεν είναι εφικτή εκπαιδεύονται τα μέλη της οικογένειας ως προς την διαχείριση των αναγκών του ασθενούς, ενώ σε περιπτώσεις απουσίας οικογενειακής υποστήριξης τον ρόλο αναλαμβάνουν εξειδικευμένοι φροντιστές. Η εκπαίδευση γίνεται από επαγγελματίες υγείας με άρτια εμπειρία και γνώση επί του ιδιαίτερου θέματος της μακροχρόνιας ασθένειας. Για την επιτυχία της μεταρρύθμισης και τη συνέχεια των υπηρεσιών υγείας απαιτείται διασύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών και η σταθερή υποστήριξη του κράτους. Αρχής γενομένης από τον προσωπικό ιατρό και τη διατήρηση του ιατρικού φακέλου και κατ' επέκταση στη συνέχεια των υπηρεσιών υγείας. Η κάλυψη των αναγκών του ασθενούς δεν περιορίζονται στην κάθε αυτό ασθένεια του, αλλά και το ευρύτερο περιβάλλον του.

Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής που αφορούν το προφίλ υγείας της Ελλάδος για το 2021 αναφέρεται ότι τα ποσοστά της προσλαμβανόμενης θνησιμότητας παραμένουν σταθερά. Ωστόσο υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης των ποσοστών με την λήψη μέτρων στη Δημόσια Υγεία. Ότι αφορά τα ποσοστά θεραπεύσιμης θνησιμότητας υπάρχει περιθώριο μείωσης, με την πρόληψη και τον συντονισμό της περίθαλψης των ασθενών με χρόνιες παθήσεις. Και τα δυο ποσοστά είναι χαμηλότερα από αυτά της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το ποσοστό μη προσβασιμότητας των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, σε μια χώρα που υπάρχει καθολική κάλυψη υπηρεσιών υγείας είναι υψηλό σύμφωνα με τα στοιχεία. Η μη προσβασιμότητα προκύπτει είτε λόγω του κόστους, είτε λόγω του χρόνου αναμονής, είτε λόγω της απόστασης του τόπου κατοικίας από δομές υγείας. Εντέλει δημιουργούνται ακάλυπτες ανάγκες υγείας. Παρόλα ταύτα το σύστημα Υγείας της Ελλάδος αποδείχθηκε ανθεκτικό στην κρίσιμη περίοδο του Covid_19.

Μια μελέτη σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος όπως Μπαγκλαντές, Αιθιοπία, Κιργιστάν, Ταμίλ Ναντού και Ταϊλάνδη επέδειξε τους παράγοντες που οδηγούν σε καλά αποτελέσματα υγείας με μέτριο κόστος. Αυτοί οι παράγοντες είναι η ικανότητα των ατόμων που σχεδιάζουν τις μεταρρυθμίσεις της λειτουργίας του συστήματος υγείας, η σταθερότητα και η συνέχεια, το να αξιοποιούνται οι ευκαιρίες που προκύπτουν και να

υπάρχουν πολιτικές κατάλληλες και σχετικές με τις περιστάσεις (White, (2015) Primary Health Care and Public Health: Foundations of Universal Health Systems <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25591411>).

Με τη μεταρρύθμιση των υπηρεσιών υγείας επιδιώκεται η ευθυγράμμιση των πολιτικών υγείας με τις επιταγές της εποχής. Για την υλοποίηση και εφαρμογή των νέων αυτών πολιτικών απαραίτητη είναι η συναίνεση των επαγγελματιών υγείας όλων των κλάδων και ειδικοτήτων, από τους οποίους θα ζητηθεί η εφαρμογή. Η συναίνεση θα επιτευχθεί με την παροχή πληροφόρησης, προκειμένου να γίνει κατανοητή η αναγκαιότητα αυτών των αλλαγών.

Η ιστορία έχει δείξει, από τη Διακήρυξη στην Άλμα Άτα ακόμα, ότι θεωρητικά υπάρχει γνώση για τη δημιουργία ενός ισχυρού συστήματος υγείας, που θα παρέχει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας διατηρώντας ταυτόχρονα τους οργανισμούς βιώσιμους. Διαπιστώνεται απόκλιση της θεωρίας από την πράξη, κωλυσιεργία και αναποτελεσματική εφαρμογή. Με σύμμαχο την πολιτική βούληση, οι οργανισμοί θα πρέπει εφαρμόσουν ένα μοντέλο διοίκησης που θα τους επιτρέπει να προσαρμόζονται εύκολα σε νέες συνθήκες. Η συμμετοχή και εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας θα αποτελέσει την εγγύηση της επιτυχούς εφαρμογής κάθε αλλαγής που κρίνεται απαραίτητη, κάθε χρονική περίοδο. Σε διαφορετική περίπτωση θα δούμε επιλεκτική ή κατά μέρους εφαρμογή των νέων πολιτικών δίχως ουσιαστικά αποτελέσματα και με επιδείνωση των ελλειμμάτων και προβλημάτων. Η κάθε μεταρρύθμιση θα πρέπει να βασίζεται σε γερές βάσεις για να διαρκέσει στον χρόνο. Οι βάσεις αυτές δημιουργούνται από το χτίσιμο ισχυρών οργανισμών υγείας που είναι σε θέση να υιοθετούν νέες πολιτικές. Το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης που εφαρμόζεται σήμερα δημιουργεί εμπόδια και δυσκαμψία στους οργανισμούς.

Μέσα σε όλες αυτές τις μεταρρυθμίσεις και τις νέες πολιτικές υγείας που επιχειρούνται να εφαρμοστούν, θα ήταν ωφέλιμο να συμπεριληφθεί και ίσως θα έπρεπε να αποτελέσει προτεραιότητα η αλλαγή του μοντέλου διοίκησης. Η εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης θα ενίσχυε με τις αρχές του την αποτελεσματικότητα της μεταρρύθμισης και θα ισχυροποιούσε τους οργανισμούς υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΣΥΜΜΕΤΟΧΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Οι δημόσιες υπηρεσίες ιδρύθηκαν με σκοπό την παροχή δημόσιων αγαθών και υπηρεσιών στους πολίτες του κράτους. Σκοπός είναι η ανάπτυξη υγιών κοινωνιών με πολίτες που λαμβάνουν ισότιμα και χωρίς διακρίσεις αυτά τα αγαθά.

Σύμφωνα με το Σύνταγμα της χώρας «Οι δημόσιοι υπάλληλοι είναι εκτελεστές της θέλησης του Κράτους και υπηρετούν το Λαό οφείλουν πίστη στο Σύνταγμα και αφοσίωση στην Πατρίδα». Οι δημόσιοι υπάλληλοι ως υπάλληλοι του Δήμου, δηλαδή του λαού, έχουν την υποχρέωση να επιτελούν το έργο τους με ευσυνειδησία και σεβασμό προς τον πολίτη.

Την δεδομένη στιγμή η συντριπτική πλειοψηφία των δημόσιων οργανισμών, συμπεριλαμβανομένου και των δομών υγείας, διοικούνται με το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης. Το απαρχαιωμένο μοντέλο διοίκησης δεν δύναται να καλύψει τις ανάγκες των οργανισμών, των υπαλλήλων και των πολιτών, σε ένα ταχέως μεταβαλλόμενο περιβάλλον, που απαιτεί ευελιξία και προσαρμοστικότητα. Επιπρόσθετα είναι ευρέως γνωστό ότι τα ποσοστά ικανοποίησης εργαζομένων και πολιτών είναι ιδιαίτερος χαμηλά.

Συνεπώς ο σκοπός ίδρυσης των δημοσίων υπηρεσιών δεν εκπληρώνει ικανοποιητικά. Για μια ακόμα φορά παρατηρείται διάσταση μεταξύ της θεωρίας και της πράξης. Είναι σαφές ότι το θέμα είναι οργανωτικό και έλλειψης ισχυρής βούλησης. Για να υπάρχει σαφής εικόνα των μοντέλων ακολουθεί παρουσίαση του Γραφειοκρατικού και Συμμετοχικού Μοντέλου Διοίκησης.

5.1 Μετάβαση από το Γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης στο Συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης

Η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και σύμφωνα με την πυραμίδα ιεράρχησης των ανθρώπινων αναγκών κατά Maslow, μετά την κάλυψη των αναγκών του πρώτου επιπέδου, που περιλαμβάνει τις βασικές – βιολογικές ανάγκες του ανθρώπου όπως νερό, τροφή και αέρας ακολουθεί το δεύτερο επίπεδο στην ιεράρχηση των αναγκών που περιλαμβάνουν τις ανάγκες ασφάλειας. Σε αυτές περιλαμβάνεται η στέγη, η προστασία και η υγεία, η οποία κατατάσσεται στα κατώτερα στρώματα της πυραμίδας και

συγκαταλέγεται στις βασικότερες ανάγκες του ανθρώπου. Εφόσον καλυφθούν οι βασικές ανάγκες θα επιζητηθεί η κάλυψη των αναγκών των επόμενων στρωμάτων, δηλαδή των κοινωνικών αναγκών και την ικανοποίηση του αισθήματος του ανήκειν σε μια ομάδα, της αυτοεκτίμησης και της αυτόπραγμάτωσης.



Εικόνα 1. Ιεράρχηση των αναγκών κατά Maslow

Το αγαθό της υγείας οφείλεται να προσφέρεται ισότιμα και καθολικά σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως του οικονομικού, κοινωνικού ή μορφωτικού επιπέδου του ατόμου, αλλά βάσει των αναγκών υγείας.

Η ύπαρξη ισχυρής δημόσιας υγείας είναι προϋπόθεση για την ύπαρξη υγιών, παραγωγικών και αποδοτικών κοινωνιών. Σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (Λιαρόπουλος Λ., 2007: 65) (Γούλα, Α. (2014) *Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση), το σύστημα υγείας επηρεάζεται κατά 80-90% από τους εξωτερικούς παράγοντες, όπως το περιβάλλον που ζει και δρα το άτομο, η οικονομική του κατάσταση, το μορφωτικό του επίπεδο, οι γενετικοί παράγοντες και πολύ άλλοι, και κατά 10-15% από το εσωτερικό περιβάλλον. Επίσης, σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής της Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών των ΗΠΑ, η στάση ζωής και το περιβάλλον ευθύνονται για πάνω από το 70% της θνησιμότητας .

Διαπιστώνεται ότι ο τομέας της υγείας είναι πολυπαραγοντικός και διαδραστικός. Απαιτείται να προσαρμόζεται στις διαμορφούμενες συνθήκες και να εξελίσσεται διαρκώς. Η υγεία αποτελεί τον καθοριστικής σημασίας παράγοντα για την ανάπτυξη του

ατόμου και των κοινωνιών. Για την βελτίωση του επιπέδου της, κρίνεται ουσιαστική η εμπάθυνση στους παράγοντες επηρεασμού του συστήματος.

Οι εξωτερικοί παράγοντες βρίσκονται εκτός του πεδίου ελέγχου του ίδιου του συστήματος, ωστόσο οφείλεται να υπάρξει προσαρμογή. Η εκπαίδευση των πολιτών προς την κατεύθυνση ανάπτυξης κουλτούρας πρόληψης και προαγωγής της υγείας, μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματική ως προς το ποσοστό επηρεασμού της υγείας από τους παράγοντες του εξωτερικού περιβάλλοντος.

Εστιάζοντας και αντιμετωπίζοντας τους εσωτερικούς παράγοντες επηρεασμού του συστήματος υγείας, ισχυροποιούνται οι οργανισμοί. Προτεραιότητα αποτελεί η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, με χαμηλότερο κόστος, καθώς και με υψηλό βαθμό ικανοποίησης χρηστών και εργαζομένων. Παρέχεται η δυνατότητα περαιτέρω ανάπτυξης και επέκτασης των υπηρεσιών ουσιαστικά και αποτελεσματικά, επιδρώντας ταυτόχρονα στους υπόλοιπους παράγοντες επηρεασμού της υγείας. Για την επίτευξη του ανωτέρου στόχου απαιτείται αλλαγή κουλτούρας και μετάβαση από το γραφειοκρατικό σύστημα λειτουργίας των δομών υγείας, στο συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης.

5.1.1 Γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης

Πατέρας του γραφειοκρατικού μοντέλου διοίκησης ήταν ο Γερμανός πολιτικός οικονομολόγος και κοινωνιολόγος Μαξιμίλιαν Καρλ Βέμπερ, του οποίου το έργο άσκησε σημαντικότερη επιρροή στην επιστήμη της κοινωνιολογίας και στη λειτουργία της κοινωνίας. Ακόμα και σήμερα το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης εφαρμόζεται σε μεγάλο ποσοστό στις δημόσιες υπηρεσίες, τροποποιημένο ωστόσο σε σημαντικό βαθμό. Το συγκεκριμένο μοντέλο βασίζεται στην αυστηρή ιεραρχία και στην ευλαβική τήρηση των κανόνων και των τυποποιημένων διαδικασιών. Επικρατούν οι απρόσωπες σχέσεις στον χώρο εργασίας, χωρίς συναισθηματισμούς, ενώ οι υπάλληλοι προσλαμβάνονται και εξελίσσονται βάση των προσόντων τους.

Προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα του γραφειοκρατικού μοντέλου διοίκησης είναι η σταθερότητα του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος της υπηρεσίας. Στη σύγχρονη εποχή σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο και εξελισσόμενο περιβάλλον, το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης οδηγεί σε μια αναποτελεσματική και αντιπαραγωγική διοίκηση δημοσίων υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένου και των οργανισμών υγείας.

Το γραφειοκρατικό μοντέλο θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως ένα μη εφαρμόσιμο και μη ικανοποιητικό μοντέλο διοίκησης για τις απαιτήσεις της σύγχρονης εποχής. Στις δημόσιες υπηρεσίες ακολουθείται απόλυτη ιεραρχία, οι αποφάσεις σε αρκετές περιπτώσεις λαμβάνονται από ηγέτες που δε διαθέτουν την απαιτούμενη προσωπική εμπειρία, γνώση ή επίγνωση της λειτουργίας του οργανισμού, με αποτέλεσμα να λαμβάνονται αποφάσεις για τους υπαλλήλους που βρίσκονται σε κατώτερα στρώματα της ιεραρχίας, χωρίς να τους δίνεται βήμα έκφρασης. Η τήρηση των κανόνων και των πρότυπων μετατρέπονται σε σκοπό, ενώ στην πραγματικότητα αποτελούν τα μέσα για τη λειτουργία του οργανισμού, με αποτέλεσμα να παρατηρείται σύγχυση αρμοδιοτήτων και έλλειψη συντονισμού μεταξύ των υπαλλήλων. Οι υπάλληλοι αποπροσανατολίζονται από τον σκοπό πρόσληψης τους, που δεν είναι άλλος από την άρτια εξυπηρέτηση των πολιτών. Η δυσκαμψία των οργανισμών ενισχύει την επικράτηση των πελατειακών σχέσεων και την πολιτική παρέμβαση που ενεργεί με αδιαφάνεια. Δεν υπάρχει συνέχεια και συνέπεια στις παρεχόμενες υπηρεσίες και διαπιστώνεται έλλειψη κρατικών μηχανισμών και νομοθετημάτων. Η ύπαρξη υποκουλτούρων και η μη διαχείρισή τους οδηγεί σε συγκρούσεις μεταξύ των υπαλλήλων και δημιουργεί κλίμα αστάθειας στην εργασία, με άμεσο αντίκτυπο στις συμπεριφορές και την ψυχολογία, τόσο μεταξύ των συναδέλφων όσο και ως προς τους εξυπηρετούμενους πολίτες. Τελικά, επικρατεί η δυσαρέσκεια των ληπτών των υπηρεσιών και σταδιακά χάνεται η εμπιστοσύνη προς τις δημόσιες υπηρεσίες.

Αποτελεί συχνό φαινόμενο η εικόνα δημοσίων υπαλλήλων αλλοτριωμένων και δυσαρεστημένων από το εργασιακό τους περιβάλλον, που δεν λαμβάνει υπόψη την κοινωνική και ψυχολογική διάσταση της εργασίας. Η δυσαρέσκεια των εργαζομένων έχει άμεσο αντίκτυπο στην προβληματική εξυπηρέτηση του κοινού. Τα μέλη του οργανισμού αποτελούνται από άτομα που δρουν στη σύγχρονη κοινωνία, στην οποία η πληροφορία και γνώση παρέχεται με πολλές μορφές, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανάγκες συμμετοχής στο εργασιακό περιβάλλον. Μη λαμβάνοντας την απαραίτητη ικανοποίηση από την εργασία που παρέχουν και το εργασιακό περιβάλλον που λειτουργούν, παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας, με επίπτωση στο άμεσο και έμμεσο περιβάλλον. Η εργασιακή εξουθένωση αποτελεί συχνό φαινόμενο της σύγχρονης εποχής και ισχυρό παράγοντα δημιουργίας δυσλειτουργιών στους οργανισμούς.

Από τη άλλη πλευρά οποιαδήποτε προσπάθεια αλλαγής, η οποία διαταράσσει το επαναλαμβανόμενο μοτίβο εργασίας ή του περιβάλλοντος εργασίας, θα βρει ισχυρή αντίσταση. Ακόμα και υπάλληλοι που διαθέτουν διαφορετική φιλοσοφία από τη γνώριμη του δημοσίου υπαλλήλου, ο οποίος βρίσκεται εγκλωβισμένος στο γραφειοκρατικό σύστημα, προκειμένου να επιβιώσουν εντάσσονται στην ήδη διαμορφωμένη νοοτροπία της αδιαφορίας. Ο φόβος του εκσυγχρονισμού από την αλματώδη τεχνολογική εξέλιξη και της αλλαγής, δημιουργούν ανασφάλειες και εκλαμβάνονται ως απειλή.

Η γραφειοκρατική κουλτούρα παρουσιάζει μειωμένη προσαρμοστικότητα στις μεταβαλλόμενες συνθήκες, δυσκολία στον εκσυγχρονισμό του οργανισμού και μη αξιοποίηση του διαθέσιμου ανθρώπινου δυναμικού. Μονόδρομος για τη διαφυγή από τον φαύλο κύκλο, αποτελεί η αλλαγή του μοντέλου διοίκησης, προάγοντας τη συμμετοχή και τη μάθηση. Η απομάκρυνση από το γραφειοκρατικό μοντέλο απαιτεί μείωση των υπερβολικών κανόνων και διαδικασιών, ενίσχυση της επικοινωνίας μεταξύ των ιεραρχικών βαθμίδων προωθώντας την ενεργή συμμετοχή των εργαζομένων του οργανισμού ως μέλη της ομάδας. Η ευθύνη πλέον είναι ατομική και συνάμα συλλογική. Ωστόσο η καθοδήγηση του προσωπικού, ο έλεγχος της εφαρμογής και αποτελεσματικότητας της εργασίας κρίνονται ως απαραίτητες προϋποθέσεις.

5.1.2 Συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης

Η προσαρμογή στις απαιτήσεις και τις εξελίξεις της εκάστοτε εποχής, αποτελεί μια από τις προϋποθέσεις για τη διατήρηση της βιωσιμότητας των οργανισμών υγείας. Το μάθημα που αποκομίστηκε, με υψηλό κόστος μετά την οικονομική κρίση του 2008 και την πανδημία του Covid_19, είναι ότι η εποχή απαιτεί εκσυγχρονισμό και απεμπλοκή των διοικήσεων από πολιτικούς μηχανισμούς. Προϋπόθεση αποτελεί η σταθερή στήριξη του κράτους σε νομοθετικό και θεσμικό πλαίσιο, προκειμένου να επιτευχθεί η ορθολογική λειτουργία. Τα σταθερά θεμέλια δημιουργούν ακλόνητες βάσεις για την προσαρμογή σε κάθε συνθήκη, για ανάπτυξη και προέκταση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά των οργανισμών υγείας θα πρέπει να είναι η ευελιξία και με επίκεντρο τον άνθρωπο να στοχεύει στην παροχή του καλύτερου δυνατού προϊόντος, στο χαμηλότερο δυνατό κόστος. Το χαρακτηριστικό της ευελιξίας ακολουθεί οργανισμούς που συστηματικά λειτουργούν ως σύνολο, διαθέτουν δομή, οργάνωση και γνώση του πραγματικού εσωτερικού περιβάλλοντος τους, ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν

τις προκλήσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος. Η δημιουργία ενός ισχυρού, αποτελεσματικού και αποδοτικού οργανισμού υγείας, επιτυγχάνεται με την εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης και με την απαγκίστρωση από το δυσπροσάρμοστο γραφειοκρατικό μοντέλο οργάνωσης.

Καθοριστική σημασία για την πορεία του οργανισμού και της εφαρμογής του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης κατέχει ο ρόλος του ηγέτη. Ο ηγέτης θα παρέχει την ενημέρωση στους εργαζόμενους για τους επιδιωκόμενους στόχους και είναι αυτός που θα παρέχει τη δυνατότητα για συμμετοχή. Η παραχώρηση δυνατότητας πρόσβασης στην πληροφορία είναι αυτή που δημιουργεί την πρόθεση συμμετοχής. Η πληροφόρηση προκαλεί κινητοποίηση των μελών του οργανισμού, ώστε ελεύθερα να εκφράζονται προτάσεις και ιδέες, αλλά και την ενεργοποίηση αυτών. Στο συγκεκριμένο μοντέλο διοίκησης η βαθιά γνώση του περιβάλλοντος του οργανισμού και η συμμετοχή όλων στην λήψη αποφάσεων αποτελεί προϋπόθεση. Ο βαθμός εμπλοκής των εργαζομένων εξαρτάται από τα περιθώρια ενεργούς συμμετοχής που δίνονται από τον ηγέτη, ο οποίος αποτελεί το πρότυπο προς μίμηση για τα μέλη του οργανισμού.

Η εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης προϋποθέτει τη δημιουργία ενός οργανισμού με αξίες, όπως εμπιστοσύνη και σεβασμός. Οι λειτουργίες του οργανισμού επανασχεδιάζονται και το προσωπικό επιλέγεται βάσει καθορισμένων κριτηρίων και εκπαιδεύεται ώστε να λειτουργεί μέσα σε ομάδες. Ολόκληρος ο οργανισμός μετατρέπεται σε οργανισμό μάθησης με συνεχή επιμόρφωση του προσωπικού. Το άτομο εκπαιδεύεται και εμπλουτίζει τις γνώσεις του σχετικά με το αντικείμενο απασχόλησής του, το οποίο είναι ξεκάθαρο, λόγω του σαφούς ορισμού αρμοδιοτήτων. Με τη συμμετοχική διαδικασία υιοθετείται η εφαρμογή των κύκλων ποιότητας σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού. Καλλιεργείται κουλτούρα ποιότητας και, με την παροχή κινήτρων, οι στόχοι του οργανισμού μετατρέπονται σε προσωπικούς στόχους των εργαζομένων. Η ατομική ευθύνη που αναπτύσσεται μέσα από την ομαδική λειτουργία, δημιουργεί δέσμευση απέναντι στον οργανισμό και αποδεικνύεται ως ένα ισχυρό όπλο για την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Τα αποτελέσματα αξιολογούνται σε συνεχή βάση, διότι σκοπός είναι η διαρκής βελτίωση. Ο εργαζόμενος αξιολογείται για την αποτελεσματικότητα και παραγωγικότητα της εργασίας που προσφέρει. Τα θετικά εργασιακά αποτελέσματα συνοδεύονται από την ικανοποίηση των μελών.

Σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας τα οφέλη που παρουσιάζονται είναι πολλαπλά. Τα άτομα της κοινότητας είναι γνώστες των τοπικών προβλημάτων και ιδιαιτεροτήτων της περιοχής που λειτουργούν. Το αποτέλεσμα είναι η εξεύρεση στοχευμένων λύσεων που ασφαλώς θα έχουν άμεσο αντίκτυπο σε κοινωνικό επίπεδο και σε προσωπικό όφελος. Η εφαρμογή του συγκεκριμένου μοντέλου σε οργανισμούς της τοπικής κοινωνίας επιδρά θετικά για την ενδυνάμωση της κοινότητας. Αυτό επιτυγχάνεται με την παραχώρηση δύναμης στις ομάδες να εκφραστούν και να συμβάλουν στην λήψη αποφάσεων για την αποτελεσματική λειτουργία του οργανισμού ικανοποιώντας τελικά και τις προσωπικές επιδιώξεις τους.

Όπως προαναφέρθηκε σύμφωνα με την πυραμίδα αναγκών του Malsow, ο άνθρωπος πρωτίστως μοχθεί για την κάλυψη των βασικών – βιολογικών του αναγκών προκειμένου να μπορέσει να επιβιώσει. Στην συνέχεια επιδιώκεται η κάλυψη της ανάγκης της ασφάλειας, που περιλαμβάνει την υγεία και την εργασία. Κάθε άνθρωπος, εφόσον εργάζεται θα πρέπει να έχει την ευχέρεια της κάλυψης αυτών των βασικών αναγκών. Το επόμενο επίπεδο της πυραμίδας είναι οι κοινωνικές ανάγκες και ακολουθούν οι ανάγκες της αυτοεκτίμησης και αυτό - ολοκλήρωσης. Η απασχόληση σε ένα οργανισμό που εφαρμόζει το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης με την ομαδικότητα και την συμμετοχή που χαρακτηρίζει το μοντέλο, καλύπτει το επόμενο επίπεδο της πυραμίδας, μετά από αυτό της ασφάλειας, την κάλυψη της κοινωνικής ανάγκης του ανήκειν.

Η εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης επιφέρει πολλαπλά μακροχρόνια πλεονεκτήματα. Οι εργαζόμενοι λαμβάνοντας ικανοποίηση από την εργασία τους, εφόσον καλύπτουν σημαντικό μέρος των αναγκών τους, παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, με αποτέλεσμα την αύξηση της ικανοποίησης των ληπτών υγείας. Είναι λογικό αποτέλεσμα, ο ευχαριστημένος εργαζόμενος να προσφέρει το μέγιστο των δυνατοτήτων του. Επιπλέον με την ορθολογική χρήση των διαθέσιμων πόρων, παρατηρείται μείωση των δαπανών υγείας , παρέχοντας ταυτόχρονα ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας στους ασθενείς.

5.2 Αλλαγή φιλοσοφίας

Η αλλαγή φιλοσοφίας είναι μια πολύπλοκη διαδικασία, διότι προϋποθέτει την επιθυμία του ατόμου για εσωτερική αλλαγή. Η ατομική συμπεριφορά μέσα σε ένα οργανισμό, επηρεάζεται ως ένα βαθμό από τη μίμηση των συμπεριφορών των συναδέλφων και του

ηγέτη. Ωστόσο πολύ σημαντικός παράγοντας στην αλλαγή φιλοσοφίας είναι η αλλαγή των πιστεύω, των αξιών και υιοθετημένων πρότυπων συμπεριφοράς, που αποτελούσαν μέρος της προσωπικότητας του ατόμου για πολλά χρόνια και αυτό αποτελεί πρόκληση.

Προς την κατεύθυνση αυτή συμβάλλει η συνεχής μάθηση, ενώ καθοριστικός κρίνεται ο ρόλος του ηγέτη, η στάση του και οι πρακτικές που θα ακολουθήσει προκειμένου να επιτύχει την αλλαγή μέσα στον οργανισμό. Η αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου και η διαμορφούμενη νοοτροπία δέχεται επιδράσεις τόσο από το εσωτερικό όσο και το εξωτερικό περιβάλλον. Η μάθηση και η διαρκής εκπαίδευση είναι το μέσο για την αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς και της δημιουργίας αισθήματος ατομικής ευθύνης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερευνητικής εργασίας των Γούλα, Α. και συν (2014) η μετάβαση ενός οργανισμού υγείας από το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης στο συμμετοχικό μοντέλο είναι εφικτή σε βάθος πενταετίας, αλλάζοντας τους βασικούς παράγοντες επηρεασμού του οργανισμού με πρώτιστο αυτό της αλλαγής φιλοσοφίας (Γούλα, Α. και συν (2014) Οργανωσιακή αλλαγή στο δημόσιο νοσοκομείο Από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31 (5): 583-590).

5.3 Οργανωσιακή αλλαγή

Για τη μετάβαση από το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης στο συμμετοχικό απαιτείται οργανωσιακή αλλαγή. Σύμφωνα με τον ορισμό της οργανωσιακής αλλαγής που έδωσε ο Jones G., (2010:31) (Γούλα, Α. (2014) Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα: Παπαζήση) «Οργανωσιακή αλλαγή είναι η διαδικασία με την οποία οι οργανισμοί κινούνται από την παρούσα κατάσταση προς την επιθυμητή με στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητάς τους. Ο στόχος της οργανωσιακής αλλαγής είναι να ανακαλύπτει νέους ή πιο εξελιγμένους τρόπους χρησιμοποίησης των πόρων και των δυνατοτήτων που έχει για την αύξηση της οργανωσιακής του ικανότητας, ώστε να δημιουργεί αξία και απόδοση».

Υπάρχει ποικιλία μοντέλων οργανωσιακής αλλαγής. Ένα από τα μοντέλα αυτά είναι των Silverzweing and Allen, (1976:33-49) (Γούλα, Α. (2014) Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα: Παπαζήση), σύμφωνα με το οποίο ακολουθούνται τέσσερα βήματα αλλαγής. Πρώτο βήμα είναι η αναγνώριση και η κατανόηση της υπάρχουσας

κουλτούρας του οργανισμού. Ακολουθεί το στάδιο της ένταξης και της συμμετοχής όλων των μελών, όπου θα οδηγήσει στη διαμόρφωση μιας κοινή κουλτούρα. Τρίτο βήμα είναι ο ορισμός των απαραίτητων ενεργειών σε όλα τα επίπεδα για την καθιέρωση της επιθυμητής κουλτούρας και τελευταίο βήμα είναι η μέτρηση των αποτελεσμάτων από την καθιέρωση της νέας κουλτούρας και λήψη όλων των απαραίτητων μέτρων για τη διατήρησή της.

Η εφαρμογή της συμμετοχικής κουλτούρας δημιουργεί ευκαιρίες ανάπτυξης και περιθωρίων βελτίωσης όλων των τομέων του οργανισμού.

5.4 Κουλτούρα – Υποκουλτούρα – Αλλαγή κουλτούρας

Τα διδάγματα της πρόσφατης ιστορίας επέδειξαν την αναγκαιότητα της μεταρρύθμισης του κλάδου υγείας, προκειμένου να επιτευχθεί η βιωσιμότητα. Για την αποτελεσματική εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η αλλαγή κουλτούρας, φιλοσοφίας και μοντέλου διοίκησης των υπηρεσιών υγείας.

Ο Schein E. (2004) (Γούλα, Α. (2014) *Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση), ορίζει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα είναι η από κοινού υιοθέτηση, από τα μέλη της ομάδας του οργανισμού, τρόπων λειτουργίας, αντιλήψεων, στόχων στην προσπάθεια της ομάδας να αντιμετωπίσει και να διαχειριστεί το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού. Η κοινή κουλτούρα, εφόσον εδραιωθεί, θα διδαχθεί στα νεότερα μέλη, ώστε να ενστερνιστούν, με τη σειρά τους, τις ήδη εδραιωμένες πρακτικές και αντιλήψεις του οργανισμού.

Η ανάγκη για άμεση απόκριση στις αλλαγές που προκύπτουν από τις παγκοσμιοποιημένες συνθήκες εμφανίζει την μετάβαση από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης ως μια εφικτή λύση ως προς την αξιοποίηση των υφιστάμενων υποδομών και την αποφυγή σπατάλης. Αυτό επιτυγχάνεται με τον συντονισμό, τη συνεργασία και τη στήριξη όλων των τμημάτων, καλλιεργώντας την υπευθυνότητα και δημιουργώντας αφοσίωση και συναισθηματική εμπλοκή των εργαζομένων, οι οποίοι θέτουν ως προσωπικούς στόχους τους στόχους του οργανισμού. Οι στόχοι είναι εφικτό να επιτευχθούν εάν οι αντιστάσεις μέσα στον οργανισμό καταλαγιάσουν και ο οργανισμός μετατραπεί σε οργανισμό μάθησης και βρεθεί η χρυσή

τομή της συνύπαρξης των διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων και διαφορετικών κουλτούρων.

Η ύπαρξη υποκουλτούρων είναι σύνηθες φαινόμενο σε κάθε οργανισμό και αποτελεί ισχυρή παρεμβολή στον δρόμο της δημιουργίας κοινής κουλτούρας. Κρίσιμη κρίνεται η διαχείριση συγκρούσεων μεταξύ των ομάδων για την τελική επίτευξη των στόχων. Κάθε υποκουλτούρα αποτελείται από μία ομάδα ανθρώπων με κοινά χαρακτηριστικά, πεποιθήσεις και επιθυμίες. Οι υποκουλτούρες σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να αγνοηθούν, αλλά θα πρέπει να επιχειρηθεί η ένταξή τους, παρέχοντας πληροφόρηση και προωθώντας τη συμμετοχή στην λήψη των αποφάσεων.

Η αλλαγή κουλτούρας ενός οργανισμού προϋποθέτει την αλλαγή της προσωπικής κουλτούρας. Οι εργαζόμενοι σε φορείς υγειονομικής περίθαλψης έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με ευαίσθητα θέματα υγείας. Αυτό από μόνο του αποτελεί ένα ουσιαστικό, κοινό σημείο μεταξύ των υγειονομικών, το οποίο θα μπορούσε να αποτελέσει βάση για την καλλιέργεια των αισθημάτων όπως η ενσυναίσθηση για τον συνάνθρωπο και η συλλογικότητα. Ο κοινός εργασιακός χώρος δημιουργεί κοινές συνθήκες εργασίας και προβλήματα. Οι κοινές εργασιακές απαιτήσεις, η επιθυμία κάλυψης των ατομικών αναγκών και η ίδια η ανθρώπινη υπόσταση θα μπορούσε σταδιακά με την κατάλληλη κατεύθυνση να δημιουργήσει κοινή κουλτούρα.

5.5 Η δύναμη της ομάδας

Η ανάγκη του ατόμου να ανήκει σε ομάδες είναι πολύ ισχυρή. Μέσα στους χώρους εργασίας δημιουργούνται ομάδες από τη διοίκηση για την επίτευξη ενός έργου, άτυπες ομάδες που δημιουργούνται μέσα στο κοινωνικά πλαίσια της εργασίας, ομάδες δράσης για διαχείριση εκτάκτων κρίσεων και μικτές ομάδες που συμπεριλαμβάνουν άτομα διαφορετικών ειδικοτήτων. Δια μέσω της συνεργασίας τα μέλη αλληλεπιδρούν, με αποτέλεσμα την αξιοποίηση των δεξιοτήτων κάθε εργαζόμενου, ενώ παράλληλα προωθείται η βελτίωση και αξιοποίηση των ικανοτήτων των μελών.

Οι ομάδες δημιουργούνται από άτομα που είτε έχουν κοινά χαρακτηριστικά είτε κοινούς στόχους. Ο οργανισμός καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια αφομοίωσης και όχι περιθωριοποίησης των ομάδων, ώστε να διασφαλίζεται η υποστήριξη και η εναρμόνιση των ενεργειών τους με τους προκαθορισμένους στόχους.

Για να λειτουργήσει η ομάδα απαιτείται συνεργασία, σεβασμός, κοινή γλώσσα, ξεκάθαροι ρόλοι για τον κάθε εργαζόμενο και ορισμένο καθηκοντολόγιο. Ο οργανισμός εφόσον έχει ορίσει τους στόχους του, τους γνωστοποιεί στα μέλη του οργανισμού. Οι ομάδες δεσμεύονται απέναντι σε αυτούς τους στόχους με αίσθημα ατομικής ευθύνης των μελών. Οι στόχοι θα πρέπει να είναι κατανοητοί και να υπάρχει καθαρή διατύπωση και δομή.

Η δημιουργία των ομάδων είναι έργο του ηγέτη. Η κάθε ομάδα δημιουργείται με βάση τις επιδιώξεις της δομής και δεσμεύεται ως προς το αποτέλεσμα. Το μέγεθος και η σύνθεση, εξαρτάται από το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Η ηγεσία οφείλει να επικοινωνήσει τον στόχο και τα προσδοκώμενα αποτελέσματα και μαζί με τα μέλη της ομάδας να ορίσουν τις διαδικασίες και την θέση του κάθε μέλους. Η συναίνεση θα έρθει μέσα απ' την πιθανή διαφωνία μεταξύ των μελών ή ακόμα και μεταξύ των μελών και του ηγέτη. Ωστόσο η στήριξη του ηγέτη προς την ομάδα είναι διαρκής. Οι μικρότερες ομάδες συνήθως λειτουργούν αποτελεσματικότερα με λιγότερες συγκρούσεις και ανταγωνισμούς.

Η μετάβαση από το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης που επικρατεί σήμερα στους δημόσιους οργανισμούς, στο συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης που βασίζεται στην λειτουργία της ομάδας, θα συμβάλλει στην άρδην μεταβολή του συστήματος, με την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών, με την αύξηση της ικανοποίησης των εργαζομένων, με τη μείωση των δαπανών υγείας, παρέχοντας ποιοτικές υπηρεσίες με επίκεντρο τον άνθρωπο.

5.6 Ο ρόλος του Ηγέτη

Οι σύγχρονες ανάγκες υγείας επιτάσσουν τη μεταρρύθμιση και τον ανασχεδιασμό του τομέα της υγείας. Η εφαρμογή των πολιτικών για να φέρουν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα απαιτούν επιμονή και συνέχεια στον στόχο, από μια ισχυρή ηγεσία και έναν οργανισμό με σταθερά θεμέλια. Οι αλλαγές μπορούν να υποστηριχθούν με ορθή καθοδήγηση και το σύστημα να εξελιχθεί εάν το υπόβαθρο προϋπάρχει. Η επίδραση θα είναι εμφανής σε λίπτες και εργαζόμενους στην υγεία, στην οικονομία και στην κοινωνία. Η αρχή της επιτυχίας ενός έργου είναι η επιλογή του κατάλληλου ηγέτη, που θα δεσμευτεί, θα εμπνεύσει και θα καθοδηγήσει την ομάδα προς τον επιδιωκόμενο στόχο.

Για την ορθή λειτουργία ενός οργανισμού, πρώτη και απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η ύπαρξη ηγεσίας με όραμα, με διάθεση και ικανότητα. Αρχικά τα μέλη του οργανισμού είναι λογικό να αντιμετωπίσουν τον ηγέτη επιφυλακτικά, μη γνωρίζοντας το άτομο και τις προθέσεις του. Σταδιακά παρουσιάζοντας το όραμα, προσεγγίζοντας τα μέλη και προωθώντας την συμμετοχή, κερδίζεται η εμπιστοσύνη. Σύμφωνα με τον Gordon (Gordon, T. (2015), *Τα μυστικά της αποτελεσματικής ηγεσίας*, Αθήνα: Μάρτης & Gordon Hellas), ο ηγέτης ξεκινά από τις προσωπικές του επιθυμίες, καταλήγοντας στο είδος ηγεσίας που πρεσβεύει. Διαθέτοντας αυτογνωσία απαντά στα ερωτήματα σχετικά με το είδος του ανθρώπου που επιλέγει να είναι, το είδος των σχέσεων που επιθυμεί να αναπτύξει με τα μέλη της ομάδος, για το είδος του οργανισμού που επιθυμεί να διοικήσει και το είδος της κοινωνίας που επιθυμεί ο ίδιος να υπάρχει αλλά και ο οργανισμός να δραστηριοποιείται.

Η επιρροή που ασκεί στον οργανισμό είναι τόσο ισχυρή που επηρεάζει τη συμπεριφορά των ατόμων που απαρτίζουν την ομάδα εργασίας και με πνεύμα συνεργασίας και καθοδήγηση, επιδιώκουν την επίτευξη των στόχων, ευελπιστώντας στην πρόοδο και την βελτίωση. Αποτελεί το πρότυπο, εμπνέει εμπιστοσύνη, δίνει το παράδειγμα, προωθεί το όραμά του στα μέλη του οργανισμού. Ο ηγέτης διαθέτει αυξημένο κύρος λόγω της θέσης που καταλαμβάνει, της ισχυρής προσωπικότητας και των γνωστικών και προσωπικών του ικανοτήτων. Τα μέλη του οργανισμού σταδιακά υιοθετούν το όραμα ως προσωπική τους επιδίωξη, διατηρώντας όμως την ανεξαρτησία τους ως άτομα και προσωπικότητες. Για την επίτευξη των στόχων ο ηγέτης οφείλει να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες των μελών, να γνωρίζει το ανθρώπινο δυναμικό που απαρτίζει την ομάδα και να κατανοεί τις συμπεριφορές τους. Η επιτυχής εφαρμογή του οράματος απαιτεί την συμμετοχή όλων των μελών. Σε διαφορετική περίπτωση ο ηγέτης ως μονάδα δεν είναι εφικτό να επιφέρει το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Το όραμα θα γίνει κτήμα των μελών μόνο όταν κατανοήσουν τους λόγους της αλλαγής και δοθεί η δυνατότητα συμμετοχής τους στο σχεδιασμό, δημιουργώντας έτσι μια δέσμευση.

Η κουλτούρα που υιοθετείται συνήθως από τον οργανισμό είναι η κουλτούρα του ηγέτη και έτσι ο οργανισμός αποκτά τελικά κοινή γλώσσα. Μέσω του διαλόγου, παρέχοντας προς τα μέλη του οργανισμού ολοκληρωμένη πληροφόρηση, γίνεται δέκτης προτάσεων και αντιρρήσεων. Με δημοκρατικές διαδικασίες δημιουργείται το πλάνο των ενεργειών για την επίτευξη των στόχων που από κοινού έχουν τεθεί.

Οι αρμοδιότητες ενός ηγέτη είναι πολύπλευρες και κατέχει αντικρουόμενους ρόλους. Ως ηγετική φυσιογνωμία θα πρέπει να εμπνέει και να αποτελεί το παράδειγμα, αλλά παράλληλα να είναι προσιτός. Να είναι ανταγωνιστικός για την παραγωγή των ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος και συνάμα να ενισχύει την συνεργασία μεταξύ των μελών του οργανισμού και να δρα συμβουλευτικά. Να είναι ευπροσάρμοστος και σε ετοιμότητα για τις αλλαγές και να προετοιμάζει και τα μέλη του οργανισμού αναλόγως, αλλά και να προσφέρει σταθερότητα μέσα στον οργανισμό.

Η εύρεση και τοποθέτηση του καταλληλότερου για την κάλυψη της θέσης ως επικεφαλής, είναι καθοριστικής σημασίας για την υλοποίηση των σκοπών του οργανισμού. Για την επιλογή αξιολογούνται τα τυπικά και τα ουσιαστικά προσόντα, αλλά και η ουσιαστική γνώση του τομέα της υγείας. Στο κομβικό σημείο της επιλογής κρίνεται σημαντικός ο διαχωρισμός των πολιτικών μηχανισμών από τον ορισμό των διοικήσεων.

Τα τυπικά προσόντα αφορούν την ακαδημαϊκή γνώση, σπουδές, ξένες γλώσσες, επαγγελματική εμπειρία, κατοχή θέσης ευθύνης, ώστε να διασφαλίζεται η πραγματική γνώση του αντικειμένου. Η μάθηση όπως είναι γνωστό δεν έχει όρια. Πόσο μάλλον για ένα άτομο που αναλαμβάνει την οργάνωση και διοίκηση ενός ζωντανού οργανισμού, που λειτουργεί σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, με απρόβλεπτες συνθήκες και αυξανόμενες ανάγκες. Ο ηγέτης θα πρέπει να διακατέχεται από φιλοσοφία μάθησης.

Τα ουσιαστικά προσόντα αφορούν τις ικανότητες, δεξιότητες και την προσωπικότητα του ατόμου. Τα χαρακτηριστικά ενός αποτελεσματικού ηγέτη διακρίνονται σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο. Οι προσωπικές ικανότητες αποτελούνται από τη συναισθηματική νοημοσύνη, την αντίληψη δηλαδή και διαχείριση των συναισθημάτων του και τα συναισθήματα των ατόμων που συνεργάζεται ή συναναστρέφεται. Η συναισθηματική ευφυΐα οδηγεί σε συστημική σκέψη, ώστε να κατανοεί τον τρόπο συνύπαρξης των μελών του οργανισμού και πώς λειτουργεί το κάθε μέλος ξεχωριστά. Η αυτογνωσία, ο αυτοέλεγχος, η αυτοδιαχείριση, η γνώση του ίδιου του εαυτού, η ικανότητα διαχείρισης χρόνου, πληροφοριών και επίλυσης προβλημάτων καθώς και η αποφασιστικότητα στην λήψη αποφάσεων αποτελούν έμφυτα και επίκτητα χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας ενός ηγέτη. Η κατοχή κοινωνικών ικανοτήτων, όπως η κοινωνική επίγνωση και η διαχείριση σχέσεων, ενισχύει τη συνοχή του οργανισμού και των στοχευόμενων

παρεμβάσεων. Το ηγετικό στέλεχος έχει ως προτεραιότητα τη διατήρηση ομαλών σχέσεων και την διαρκή επικοινωνία και αλληλεπίδραση με τα μέλη.

Η διαχείριση και συντονισμός τόσων διαφορετικών αντικειμένων και η απαίτηση διαφορετικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων αποτελούν δύσκολο εγχείρημα. Ο ηγέτης αναλαμβάνει τον ρόλο ενορχηστρωτή, που με μαεστρία θα πρέπει να συντονίσει τον οργανισμό για να επέλθουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Η διοίκηση των οργανισμών υγείας θα πρέπει να αγκιστρωθεί από τα κομματικά συμφέροντα. Οι συχνές αλλαγές των κεφαλών των διοικήσεων των οργανισμών υγείας, αποσυντονίζουν το έργο των υπηρεσιών, οι οποίες υπηρετούν τον σκοπό της παροχής του υπέρτατου κοινωνικού αγαθού, της υγείας. Για τους λόγους αυτούς η επιλογή των ηγετών θα πρέπει να είναι αξιοκρατική, βάσει των τυπικών και ουσιαστικών προσόντων και όχι λόγω πολιτικών γνωριμιών και συμφερόντων.

Η εφαρμογή των οργανωσιακών αλλαγών στους εργαζομένους προϋποθέτει την αλλαγή της φιλοσοφίας της ηγεσίας. Ο ηγέτης αποτελεί το πρότυπο. Κατέχει ρόλο ζωτικής σημασίας για την επιτυχή εφαρμογή των αλλαγών. Είναι αυτός που θέτει το όραμα και προβαίνει στις απαραίτητες ενέργειες, ώστε να επιτύχει τη συναίνεση των μελών του οργανισμού για την υλοποίηση των στόχων. Επιδιώκει την αποδοχή και την υποστήριξη των μελών, δημιουργώντας σχέση εμπιστοσύνης. Είναι αυτός που μέσω του διαλόγου θα επικοινωνήσει την ανάγκη των αλλαγών. Ανέκαθεν οι αλλαγές δεν ήταν εύκολα αποδεκτές. Δημιουργούν φόβο για το άγνωστο και ανασφάλεια για το κερτημένα.

Ο ηγέτης οφείλει να έχει μελετήσει τις υποκουλτούρες που υπάρχουν στον οργανισμό και να εντάξει όλα τα μέλη σε ομάδες, προάγοντας πνεύμα ομαδικότητας και συνοχής. Ταυτόχρονα να είναι σε θέση να καταστείλει την πιθανή αντίσταση ομάδων στην αλλαγή, αλλά και να διαχειριστεί πιθανές συγκρούσεις μεταξύ μελών ή ομάδων του οργανισμού.

Έχοντας γνώση του ανθρώπινου δυναμικού που βρίσκεται υπό την εποπτεία του, ως οφείλει, τοποθετεί τον κατάλληλο άνθρωπο στη σωστή θέση αξιοποιώντας τις ικανότητες των μελών κατά περίπτωση. Η ενδυνάμωση, η υποκίνηση, η παρακίνηση των εργαζομένων οδηγεί σε αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας και συνάμα στην ικανοποίηση των οικονομικών, κοινωνικών, ψυχολογικών αναγκών των εργαζομένων.

Η ορθή αξιολόγηση, κατανομή και χρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων έμψυχων και άψυχων κρίνεται καταλυτικής σημασίας. Ο ηγέτης διαθέτοντας βαθιά γνώση του

οργανισμού θέτει το όραμα, συλλέγει τους διαθέσιμους πόρους, αναπτύσσει σχέδιο δράσης, υλοποιεί και στη συνέχεια αξιολογεί τα αποτελέσματα. Παρατηρούνται περιπτώσεις μη αξιοποιημένων διαθέσιμων πόρων, οι οποίοι παραμένουν για μεγάλα διαστήματα μη εκμεταλλεύσιμοι. Πριν την αναζήτηση εξεύρεσης νέων πόρων, προηγείται η αξιολόγηση διαχείρισης και χρησιμοποίησης των υπαρχόντων.

Τα Κέντρα Υγείας θα μπορούσαμε να τα λάβουμε σαν μια μικρογραφία των οργανισμών υγείας. Ο ηγέτης σε αυτές τις δομές είναι ο/η Συντονιστή/τρια. Η επιλογή γίνεται ανάμεσα από τρεις υποψήφιους ιατρούς που υπηρετούν στο Κέντρο Υγείας. Ο ορισμός γίνεται με απόφαση του Διοικητή της αρμόδιας ΥΠΕ. Για την επιλογή συνεκτιμούνται τα εξής προσόντα: ο χρόνος υπηρεσίας, οι υποψήφιοι πρέπει να κατέχουν βαθμό διευθυντή/τριας, τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας, αποδεδειγμένη ικανότητα στην άσκηση διευθυντικών ή συντονιστικών καθηκόντων σε αντίστοιχη θέληση, μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο σπουδών συναφή με τον τομέα της υγείας και γνώση Αγγλικής ή άλλης ξένης γλώσσας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η αξιολόγηση επικεντρώνεται κατά κύριο λόγο στα τυπικά προσόντα και δεν δίνεται ιδιαίτερο βάρος στα ουσιαστικά προσόντα και τα προσωπικά χαρακτηριστικά των υποψηφίων.

Ο ρόλος του ηγέτη για την ομαλή, παραγωγική και αποτελεσματική λειτουργία ενός οργανισμού υγείας κρίνεται καθοριστικής σημασίας. Ωστόσο δεν είναι δυνατή η επίτευξη των στόχων από τον ηγέτη ως μονάδα και αυτός είναι ο λόγος που δεν πρέπει να αγνοείται η δύναμη της ομάδας. Η επιτυχής λειτουργία ενός οργανισμού είναι ανέφικτη δίχως την συλλογική συνεισφορά των μελών που όμως χρειάζονται καθοδήγηση και συνοχή.

5.7 Η αναγκαιότητα για συνεχή εκπαίδευση

Το γραφειοκρατικό μοντέλο που επικρατεί στους δημόσιους οργανισμούς διακρίνεται για την ακαμψία του στις αλλαγές, καθώς η κουλτούρα μάθησης εκλείπει από τις δημόσιες δομές. Η διαλλακτικότητα των οργανισμών και η προσαρμογή αυτών στις νέες συνθήκες θα καλλιεργηθεί μέσα από τη διαδικασία της μάθησης.

Οι υπηρεσίες υγείας είναι ζωντανοί οργανισμοί και προκειμένου να επιβιώσουν σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον πρέπει να είναι ευπροσάρμοστες στις συνθήκες και τις επιταγές της εποχής. Αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον, την εξέλιξη της τεχνολογίας

και τις επιστήμες. Η εκπαίδευση του προσωπικού, αποτελεί μορφή επένδυσης σε οργανισμούς που μεταβάλλονται διαρκώς και προσαρμόζονται στις ανάγκες που προκύπτουν. Επιδίωξη αποτελεί η καλλιέργεια ικανών στελεχών που θα μπορέσουν να υποστηρίξουν και να εξελίξουν το σύστημα υγείας. Πρόσφατο παράδειγμα αποτελεί η πανδημία του Covid_19, που κατέδειξε νέες ανάγκες στον κλάδο της υγείας. Το σύστημα υγείας πρέπει να διαμορφωθεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι βιώσιμο, να βρίσκεται σε επαγρύπνηση και να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει επείγουσες καταστάσεις. Η ετοιμότητα χτίζεται σταδιακά με τη διαρκή εκπαίδευση, με τη διαφύλαξη της δημόσιας υγείας μέσω της πρόληψης, της μείωσης των ανισοτήτων, της αντιμετώπισης των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, της γήρανσης του πληθυσμού, της αντιμετώπισης των κλιματολογικών αλλαγών και των συνθηκών που παρατηρούνται σε παγκόσμια κλίμακα. Τα προαναφερόμενα δημιουργούν μια στροφή της εκπαίδευσης προς τις κοινωνικές επιστήμες και την ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων όπως της επικοινωνίας και της ηγεσίας.

Η εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης αυτομάτως μετατρέπει τον οργανισμό σε οργανισμό μάθησης. Η μάθηση επιτυγχάνεται μέσα από τυπικές διαδικασίες είτε από μεταβίβαση γνώσης μεταξύ των μελών (οι παλαιότεροι διδάσκουν τους νεότερους), είτε εμπειρικά μέσα από πειραματισμούς στην προσπάθεια εξεύρεσης λύσεων σε θέματα του οργανισμού. Η εκπαίδευση, μετεκπαίδευση και η επιμόρφωση των υπαλλήλων αφορά την αναγνώριση και κατανόηση του οργανισμού, την απόκτηση γνώσης των στόχων και σκοπών λειτουργίας του οργανισμού.

Η μάθηση είναι πολυμορφική. Καταγράφονται πολλοί διαφορετικοί τρόποι μετάδοσης της γνώσης. Με τον παραδοσιακό τρόπο η γνώση μεταδίδεται μεταξύ συναδέρφων, βιωματικά και με τη μορφή σεμιναρίων, όπου υπάρχει συμβολή φορέων ιδιωτικής και δημόσιας εκπαίδευσης. Πλέον η εκπαίδευση έχει απομακρυνθεί από τη στείρα τακτική της ανάγνωσης βιβλίων. Υπάρχει δυνατότητα εφαρμογής προγραμμάτων εκπαίδευσης εξ' αποστάσεως ή δια ζώσης, με σύγχρονη και ασύγχρονη εκπαίδευση, με θεωρητική ή πρακτική μέθοδο μάθησης. Οι επιλογές και οι πιθανοί συνδυασμοί είναι τόσοι, ώστε κάθε οργανισμός μπορεί να επιλέξει την μέθοδο που τον εξυπηρετεί. Για να επέλθουν τα επιθυμητά αποτελέσματα γίνεται προσαρμογή στις επικρατούσες συνθήκες και ανάγκες του εκάστοτε οργανισμού.

Η απαιτούμενη γνώση των υπαλλήλων δεν είναι απόλυτα προς μια κατεύθυνση. Τα μέλη του οργανισμού, γνωρίζοντας πρωτίστως την ειδικότητά τους, θα πρέπει να διαθέτουν σφαιρικότερες γνώσεις λειτουργίας του οργανισμού, άλλωστε τα τμήματα του οργανισμού δεν λειτουργούν ανεξάρτητα. Υπάρχει διαρκής αλληλεπίδραση μεταξύ των τμημάτων και των συναδέρφων. Η γνώση του αντικειμένου του τμήματος και η διεκπεραίωση των εργασιών που αναλογούν σε κάθε εργαζόμενο αποτελεί ένα μέρος της εικόνας. Ο εργαζόμενος οφείλει να κατανοεί τη χρησιμότητα και τη λειτουργία των υπόλοιπων τμημάτων και τις γενικότερης λειτουργία της δομής. Κατανοώντας τη σύνδεση των αποτελεσμάτων της προσωπικής του εργασίας με τα υπόλοιπα τμήματα και τον βαθμό επηρεασμού της εργασίας των συναδέλφων του από το προϊόν της εργασίας του, γίνεται παραγωγικότερος, εργάζεται με συνέπεια και αναπτύσσεται η συναδελφική αλληλεγγύη.

Μεγάλο μέρος ευθύνης στις αιτιάσεις ως προς την έλλειψη κουλτούρας μάθησης λαμβάνει η έλλειψη ηγετών με κουλτούρα μάθησης. Ο ρόλος των οποίων κρίνεται καθοριστικός ως προς την ενίσχυση των μελών προς αυτή την κατεύθυνση. Επίσης η έλλειψη αντικειμενικής αξιολόγησης του προσωπικού, αλλά και η μη μέτρηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας, τόσο ως προς τους εργαζομένους, όσο και προς τους λήπτες υπηρεσιών υγείας, συγκαλύπτει τις ελλείψεις και τη σπουδαιότητα της περεταίρω εξέλιξης του οργανισμού μέσω της μάθησης.

Ο ίδιος οργανισμός οφείλει να προωθεί και να διευκολύνει τους εργαζομένους προς την αναζήτηση της γνώσης, παρέχοντας κίνητρα για συνεχή προσωπική ανάπτυξη, επαγγελματική εξέλιξη και αύξηση αποδοχών.

Η απόκτηση γνώσεων, η αναβάθμιση ήδη υπαρχόντων, η απόκτηση ικανοτήτων και δεξιοτήτων δημιουργεί ετοιμότητα για την αντιμετώπιση οποιασδήποτε προγραμματισμένης ή αιφνίδιας αλλαγής. Η διαρκής μάθηση γίνεται όπλο επιβίωσης του οργανισμού αλλά και προσωπικής και επαγγελματικής εξέλιξης του εργαζόμενου, διευρύνοντας τους ορίζοντες τους, καλλιεργεί συνθήκες και επιθυμία βελτίωσης και εξέλιξης. Το εφόδιο της γνώσης αποκτάται σταδιακά, απαιτεί χρόνο και εμπειρία.

5.8 Διαχείριση ανθρώπινων πόρων και κινητοποίηση

Την παρούσα περίοδο, με την εφαρμογή του γραφειοκρατικού μοντέλου διοίκησης στο σύνολο των δημόσιων υπηρεσιών και της αδιαλλαξίας που το χαρακτηρίζει, η αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού παρουσιάζεται περιορισμένη. Ένας οργανισμός που εφαρμόζει συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη μάθηση και έχει ως στόχο το άριστο. Πρωταρχικής σημασίας είναι η ανθρώπινη αξία και ο σεβασμός προς τον συνάνθρωπο, είτε αυτός είναι συνάδερφος είτε ασθενής. Αυτές οι αξίες αυξάνουν την ικανοποίηση και την πίστη των μελών ως προς τον οργανισμό και τις υπηρεσίες που παρέχει. Είναι σημαντικό όλα τα μέλη να ενταχθούν σε ομάδες, διότι η ένταξη συνεπάγεται αποδοχή της αλλαγής. Η καλλιέργεια της συμμετοχικής κουλτούρας οδηγεί σε αλλαγή νοοτροπίας. Τα μέλη επενδύουν στην εργασία τους, επιδιώκοντας την κάλυψη των αναγκών τους, μέσω της επίτευξης των στόχων του οργανισμού.

Ο άνθρωπος από τη φύση του έχει ανάγκες. Οι ανάγκες είναι ανεξάντλητες, όσες από αυτές και να ικανοποιηθούν πάντα δημιουργούνται νέες. Αυτή είναι και η κινητήριος δύναμη του ανθρώπου. Ικανοποιημένος εργαζόμενος είναι αυτός που μέσω της εργασίας καλύπτει τις ανάγκες του. Βασικό είναι η ηγεσία να τις εντοπίζει και να διαπιστώνει κατά ποιο βαθμό και κατά ποιο είδος είναι εκπληρωμένες και σε ποιο σημείο υπάρχει υστέρηση. Ο βαθμός ικανοποίησης των εργαζομένων από την εργασία, καθορίζει και τον βαθμό δέσμευσης τους ως προς τον οργανισμό, η οποία προμηνύει θετικά αποτελέσματα για την επίτευξη των στόχων.

Έχοντας καλύψει τις βασικές βιοποριστικές ανάγκες, με την εξασφάλιση τροφής, νερού και στέγασης, επιζητάτε η κάλυψη του αισθήματος της ασφάλειας, το οποίο παρέχεται με την μείωση των ανισοτήτων και την καθολική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Στη συνέχεια επιδιώκεται η ικανοποίηση της ανάγκη του ανήκειν σε μια ομάδα.

Η εξασφάλιση του αξιοπρεπούς βιοτικού επιπέδου, μέσω των εργασιακών παροχών, και η κάλυψη της ανάγκης του ανήκειν σε μια ομάδα καθώς και οι ανάγκες της αυτοεκτίμησης και της αυτοπραγμάτωσης, δια μέσου της εργασίας, δημιουργεί ικανοποίηση και αύξηση της απόδοσης. Αντιθέτως, η μη ικανοποίηση των αναγκών των εργαζομένων εκφράζεται με επιθετικότητα, με αποφυγή ή και απομάκρυνση από την εργασία και με τη μετάθεση των ευθυνών και σφαλμάτων σε τρίτους. Ωστόσο οι δημόσιοι υπάλληλοι απασχολούμενοι σε οργανισμούς του δημοσίου τομέα, απολαμβάνουν το αίσθημα ασφάλειας που τους παρέχει η μονιμότητα της θέσης και την

κάλυψη των αναγκών υγείας, καθώς και την παροχή όλων των νομοθετημένων δικαιωμάτων ως εργαζόμενοι. Ωστόσο σε μεγάλο ποσοστό δηλώνουν ανικανοποίητοι, και αυτό οφείλεται στην έλλειψη στόχων, ομαδικότητας, ικανών ηγετών, τη μη επένδυση στην εργασία τους και στη μη ενεργητική, παραγωγική και αποδοτική συμμετοχή τους.

Η προσωπικότητα και η ιδιοσυγκρασία του ατόμου οικοδομείται από την γέννηση του. Κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός, ξεχωριστός και διακατέχεται από προσωπικές ικανότητες και δεξιότητες. Πέρα των κληρονομικών χαρακτηριστικών μεταφέρει βιώματα, εμπειρίες, επιδιώξεις, γνώσεις που τελικά διαμορφώνουν το σύνολο της προσωπικότητας του. Το κίνητρο για την ενεργοποίηση των εργαζομένων ποικίλει, όπως και η ανθρώπινη υπόσταση. Ο ηγέτης πρέπει να διαθέτει την ικανότητα να εντοπίσει την ανικανοποίητη ανάγκη που θα ενεργοποιήσει τον εργαζόμενο. Όταν μια ανάγκη έχει ικανοποιηθεί, δεν αποτελεί πλέον κίνητρο.

Κρίνεται μείζονος σημασία για τον οργανισμό, η ολοκληρωμένη πληροφόρηση της δυναμικής των ανθρώπινων πόρων που διαθέτει, αλλά και ο προγραμματισμός των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό. Η γνώση παρέχει την δυνατότητα της τοποθέτησης του κατάλληλου ανθρώπου στην κατάλληλη θέση. Κάθε εργαζόμενος διαθέτει ιδιαίτερα προσόντα. Ο εντοπισμός του ταλέντου κάθε μέλους οδηγεί στην αξιοποίησή αυτού, αναθέτοντας αρμοδιότητες και θέση σύμφωνα με τα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα αλλά και των ιδιοτεροτήτων του. Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα είναι αύξηση της παραγωγικότητας, της αποδοτικότητας, της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και βελτίωση του εργασιακού κλίματος λόγω της ικανοποίησης.

Η κατάρτιση οργανογράμματος και ο καθορισμός αρμοδιοτήτων των υπαλλήλων, συμβάλλει στην κατανόηση της θέσης που κατέχουν εντός του οργανισμού και την αποφυγή συγκρούσεων μεταξύ των ομάδων και των ατόμων, εφόσον οι ρόλοι είναι ξεκάθαροι. Τα μέλη του οργανισμού θα πρέπει να έχουν επίγνωση της αλληλεξάρτησης της εργασίας τους με τις υπόλοιπες θέσεις. Οφείλουν να γνωρίζουν και να τηρούν τις διαδικασίες και τα πρωτόκολλα που έχουν οριστεί προκειμένου να υπάρχει κοινός κώδικας επικοινωνίας και η εργασία να επιφέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα χωρίς να δημιουργούνται καθυστερήσεις και εμπόδια. Με την καθοδήγηση και την ομαδική εργασία τα μέλη οδηγούνται σε επαγγελματική ανάπτυξη.

Για να αξιοποιηθούν κατάλληλα οι διαθέσιμοι πόροι ενός οργανισμού, θα πρέπει πρωτίστως να είναι γνωστοί οι προς επίτευξη στόχοι και στην συνέχεια να αναζητηθεί ο

βέλτιστος συνδυασμός, που θα οδηγήσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Ο τρόπος διαχείρισης και αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού είναι εφικτό να επιφέρει θεαματικά αποτελέσματα σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Ένας αποτελεσματικός ηγέτης δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης στον χώρο της εργασίας. Επιζητά τη συμμετοχή των εργαζομένων στην από κοινού λήψη αποφάσεων και οργάνωσης. Γνωρίζοντας ότι η εκπλήρωση των στόχων εξαρτάται άμεσα από το ανθρώπινο δυναμικό, παρέχει διαρκή υποστήριξη και ενθάρρυνση των εργαζομένων στη λήψη πρωτοβουλιών, με ατομική ευθύνη, προς όφελος του κοινού καλού του τμήματος και εν συνεχεία του οργανισμού.

Ασφαλώς το ανθρώπινο δυναμικό, ως οφείλεται, αξιολογείται ως προς το έργο που παράγει. Είναι σημαντική η αναγνώριση του έργου των εργαζομένων. Για αυτούς που επιτελούν την εργασία τους με τον αρτιότερο τρόπο ακολουθεί επιβράβευση, ηθική ή υλική, ώστε να αποτελέσουν παράδειγμα προς μίμηση για το υπόλοιπο προσωπικό. Ενώ για τους λιγότερο αποδοτικούς ακολουθεί έρευνα για την εξεύρεση των αιτιών μη απόδοσης και ενίσχυση αυτών ή επανακαθορισμός αρμοδιοτήτων, ώστε να ακολουθήσει η βελτίωση.

Καθοριστικό ρόλο κατέχουν και οι εργασιακές σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων. Η ενσυναίσθηση, η αλληλοϋποστήριξη, ο σεβασμός είναι αρχές που δημιουργούν κλίμα ομόνοιας και ευημερίας. Οι ώρες εργασίας καλύπτουν σημαντικό μέρος της ζωής του ατόμου, οπότε η διατήρηση θετικού κλίματος στην εργασία, οι καλές διαπροσωπικές συναδερφικές σχέσεις απομακρύνουν τον άνθρωπο από την αλλοτρίωση.

Με την εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης τα μέλη των οργανισμών αναλαμβάνουν ενεργητική δράση. Η άμεση επικοινωνία με τη διοίκηση παρέχει τη δυνατότητα παρουσίασης νέων ιδεών, ελεύθερη έκφραση των απόψεων και εκπλήρωση της ανάγκης για ικανοποίηση από την εργασία. Η δομή της εργασίας δεν μένει στάσιμη, αλλά τροποποιείται ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν. Σε συστηματική βάση γίνεται επαναξιολόγηση των διαδικασιών και επανακαθορίζονται οι στόχοι και οι ρόλοι.

Το ανθρώπινο δυναμικό κάθε οργανισμού αποτελεί τον πυρήνα. Η εξασφάλιση του υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος και η ενδυνάμωση των μελών αποτελούν εγγύηση επιτυχούς λειτουργίας. Η ικανοποίηση από την εργασία δημιουργεί πίστη ως προς τον φορέα και την εργασία, όπου δύσκολα μπορεί να προδοθεί. Ειδικότερα σε έναν οργανισμό που εφαρμόζεται το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης δημιουργείται μια

δέσμευση και η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του οργανισμού αποτελεί προσωπική και συνάμα συλλογική υπόθεση των εργαζομένων οι οποίοι πιστά υλοποιούν το έργο τους.

5.9 Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση αφορά όλους τους τομείς και δράσης του οργανισμού υγείας. Αποτελεί το εργαλείο ελέγχου των ενεργειών που στοχεύουν στην επίτευξη των σκοπών του. Χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του φορέα και των υπαλλήλων. Λαμβάνοντας υπόψη τους επιδιωκόμενους στόχους, ο οργανισμός επιλέγει το σύστημα αξιολόγησης που θα χρησιμοποιήσει και καθορίζει και το σύστημα ανταμοιβών.

Με την αξιολόγηση γίνεται αποτίμηση των πεπραγμένων. Στην περίπτωση απόκλισης των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων, καθορίζονται νέες απαραίτητες διορθωτικές κινήσεις για την τελική επίτευξη των στόχων. Στην περίπτωση ικανοποιητικών αποτελεσμάτων δρομολογείται ο σχεδιασμός μελλοντικών δράσεων και στοχοθεσίας.

Το είδος και τα κριτήρια της διαδικασίας της αξιολόγησης εξαρτώνται από το πεδίο διερεύνησης. Συλλέγονται και αναλύονται δεδομένα μέσω μετρήσεων και δεικτών. Η διαχείριση και κοινοποίηση των αποτελεσμάτων είναι επιβεβλημένη, ώστε να έχει σκοπό η διαδικασία.

Η αξιολόγηση του προσωπικού σε φορείς των δημόσιων δομών υγείας πραγματοποιείται μέσω αξιολογητών. Ο αξιολογητής οφείλει να διαθέτει αντικειμενική αντίληψη, να κατέχει τη συνολική εικόνα, το είδος της εργασίας, τις απαιτήσεις της κάθε θέσης, την προσήλωση του εργαζομένου στην εργασία και τους στόχους, τις συναδελφικές σχέσεις και τα εργασιακά αποτελέσματα. Επίσης, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τυχόν αστοχίες ως προς την πληροφόρηση και κατεύθυνση του εργαζομένου, από την πλευρά του οργανισμού.

Η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων στους αξιολογούμενους είναι αυτονόητο ότι επηρεάζει την ψυχολογία και τη συμπεριφορά. Μια θετική αξιολόγηση αποτελεί ένα είδος επιβράβευσης. Προσφέρει προσωπική ικανοποίηση του ατόμου και δημιουργεί προσδοκίες ανταμοιβών, ενώ μια αρνητική αξιολόγηση απογοητεύει. Για την ορθή διαχείρισή της απαιτείται διαχωρισμός σε αντικειμενική και μη αντικειμενική. Μια μη

αντικειμενική αξιολόγηση που βασίζεται σε προσωπικές απόψεις και συμφέροντα του αξιολογητή, δημιουργεί απογοήτευση στον εργαζόμενο και αντικίνητρο για τη βέλτιστη απόδοση στον οργανισμό. Αντιθέτως μια αντικειμενική αρνητική αξιολόγηση, εφιστά την προσοχή και επιβάλλει στροφή του ενδιαφέροντος προς τους αντικειμενικά μη αποδοτικούς εργαζόμενους και την εξεύρεση των αιτιών μη αποτελεσματικότητας και αντιμετώπιση αυτών.

Η αποτίμηση της χρησιμότητας της αξιολόγησης φέρει θετικό πρόσημο, ανεξαρτήτως αποτελέσματος, καθώς παρουσιάζει τα καλώς και κακώς πεπραγμένα του οργανισμού. Μέσω της διαδικασίας της αξιολόγησης παρέχεται η δυνατότητα εντοπισμού των αναγκών εκπαίδευσης του προσωπικού ή εξέλιξης αυτού και ο επαναπροσδιορισμός αρμοδιοτήτων και στρατηγικών, όπου αυτό κρίνεται ωφέλιμο. Τα αποτελέσματα θα πρέπει να διαχειρίζονται αναλόγως των επιδιωκόμενων στόχων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΜΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΜΜΕΤΟΧΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Η αλλαγή μοντέλου διοίκησης σε ένα οργανισμό, σαφώς δεν είναι μια απλή διαδικασία. Η εφαρμογή απαιτεί χρόνο, υπομονή, επιμονή, διότι θα έρθει μετά από αντιμετώπιση συγκρούσεων και αντιδράσεων. Η υπερπήδηση εμποδίων, ειδικά όταν επιχειρηθεί μετάβαση από το Γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης στο Συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης, δύο εκ διαμέτρου αντίθετα μοντέλα, φαντάζει ως μια αδύνατη διαδικασία λόγω της χρόνιας συνθήκης που επικρατεί και της υπάρχουσας κουλτούρας.

Οι παράγοντες που αποτρέπουν την προσπάθεια εφαρμογής του Συμμετοχικού Μοντέλου Διοίκησης είναι ισχυροί αλλά όχι ανυπέρβλητοι. Στην πραγματικότητα θα έπρεπε να αναλογιστεί κανείς πόσο δυσκολότερη, χρονοβόρα, κοστοβόρα, ψυχοφθόρα και αναποτελεσματική είναι η καθημερινή αντιμετώπιση της υφιστάμενης κατάστασης από εργαζόμενους στις δομές υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των πολιτών.

Στην συνέχεια ακολουθεί μια παρουσίαση των πλεονεκτημάτων από την εφαρμογή του Συμμετοχικού Μοντέλου Διοίκησης καθώς και των ανασταλτικών παραγόντων εφαρμογής του.

6.1 Πλεονεκτήματα από την εφαρμογή του Συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης

Η εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης βασίζεται στον σχηματισμό και λειτουργία των ομάδων και τη συμμετοχή όλων των μελών στη λήψη αποφάσεων. Μέσω αυτής της διαδικασίας ενισχύεται το δημοκρατικό πνεύμα, καθώς η διαδικασία υποστηρίζει τον δημοκρατικό διάλογο και αντίλογο, όπου με σεβασμό ακούγονται και εκφράζονται διαφορετικές απόψεις. Παρέχεται η δυνατότητα ελεύθερης έκφρασης των μελών.

Η ανταλλαγή απόψεων και πληροφοριών μετατρέπει τα μέλη του οργανισμού σε πομπούς και δέκτες, διευρύνοντας τις γνώσεις τους ανταλλάσσοντας ιδέες και αντιλήψεις. Έτσι, δημιουργείται ένα άτυπο σύστημα εκπαίδευσης εντός του οργανισμού.

Το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης μπορεί να αποτελέσει το κατάλληλο εργαλείο για την επίτευξη των στόχων ενός οργανισμού υγείας και ταυτόχρονα να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο ενδυνάμωσης του. Εξαιτίας της ενότητας που δημιουργεί η ανάπτυξη της κοινής

κουλτούρας ο οργανισμός ισχυροποιείται. Οι συγκρούσεις μεταξύ των ομάδων και των ατόμων τελικά μειώνονται και υπερτερεί νοοτροπία σύμπνοιας και συνεργασίας.

Οι οργανισμοί διαθέτοντας ισχυρό εργατικό δυναμικό θα μπορούσαν να οδηγηθούν σε ανάπτυξη αξιοποιώντας τους ήδη διαθέσιμους πόρους με τον βέλτιστο τρόπο, αυξάνοντας την αποδοτικότητα. Η συνοχή που δημιουργείται, τον ισχυροποιεί ώστε να αντιμετωπίσει απρόοπτες καταστάσεις σε αντίξοες συνθήκες με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα.

Το θετικό εργασιακό κλίμα αυξάνει την ικανοποίηση των μελών από την παρεχόμενη υπηρεσία τους. Η ικανοποίηση αφορά τις υλικές και ηθικές απολαβές καθώς και το αίσθημα κοινωνικής αποδοχής. Το μοντέλο ενισχύει την εφαρμογή συστήματος αξιολόγησης και παρακίνησης εργαζομένων μέσω ανταμοιβών με στόχο την αύξηση της παραγωγικότητας και την αποδοτικότητα. Επίσης η ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων στο εργασιακό χώρο αυξάνει την κοινωνικότητα και απομακρύνει αρνητικά αισθήματα όπως της μοναξιάς, της θλίψης και της κατωτερότητας. Το μοντέλο προϋποθέτει την λειτουργία της ομάδος και προωθεί τη συνεργασία, την συναδελφικότητα, την ενσυναίσθηση, δημιουργώντας ένα κοινό όραμα για τα μέλη του οργανισμού.

Το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης γεφυρώνει την απόσταση επικοινωνίας μεταξύ κεντρικής και αποκεντρωμένης διοίκησης με την κοινότητα λόγω της αναπτυγμένης επικοινωνίας και ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των βαθμίδων διοίκησης. Επίσης, οι ορισμένες διαδικασίες και πρωτόκολλα που θεσπίζονται στους οργανισμούς υγείας, δημιουργούν κοινή γλώσσα επικοινωνίας και επιτρέπουν τη διαλειτουργικότητα και διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας.

Η ανταπόκριση των οργανισμών στις σύγχρονες απαιτήσεις θα επιτευχθεί με τη συμμετοχή και με την υψηλή ποιότητα οργάνωσης που προσφέρεται με την εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης. Η αύξηση της ικανοποίησης των εργαζομένων από την εργασία δημιουργεί αλυσιδωτά αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών, καθώς δημιουργείται ένα δίκτυο παροχών υγείας υψηλών προδιαγραφών.

Η επιχειρούμενη μεταρρύθμιση του Ελληνικού συστήματος υγείας θα μπορούσε να ωφεληθεί και να ενισχυθεί από την εφαρμογή του συγκεκριμένου μοντέλου, διότι οι βασικές γραμμές των πολιτικών υγείας, όπως σήμερα χαράσσονται, αποτελούν τις βασικές αξίες του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης εφαρμοσμένο σε οργανισμούς που

λειτουργούν σε τοπικό επίπεδο. Η υποστήριξη της εφαρμογής του προσωπικού ιατρού και του ιατρικού φακέλου, εξυπηρετούν στην παροχή στοχευμένων υπηρεσιών υγείας προκαλώντας μείωση του κόστους από τις πλεονάζουσες υπηρεσίες υγείας.

Τα τελευταία χρόνια της πανδημίας του Covid_19 αναδείχθηκε η αναγκαιότητα προσαρμογής των οργανισμών στις υπάρχουσες συνθήκες και το πέρασμα από το εγώ στο εμείς, από το ατομικό στο συλλογικό καλό. Χώρες που έδρασαν συλλογικά, με συμμετοχή όλων των αρμόδιων οργάνων, συνεργασία και ανταλλαγή πληροφοριών, βγήκανε από την πανδημία με λιγότερες απώλειες και με περισσότερες εμπειρίες και γνώση προς αξιοποίηση.

6.2 Ανασταλτικοί παράγοντες εφαρμογής συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης

Η εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης στηρίζεται κατά βάση στον ανθρώπινο παράγοντα, που είναι απρόβλεπτος. Η μη ένταξη όλων των μελών του οργανισμού σε ομάδες και η μη ύπαρξη ενός ικανού ηγέτη για την διαχείριση και συσπείρωση του οργανισμού οδηγούν σε αποτυχία εφαρμογής του μοντέλου.

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες μη εφαρμογής είναι η αντίσταση στην αλλαγή. Κάθε οργανισμός αποτελείται από έναν μεγαλύτερο ή μικρότερο αριθμό εργαζομένων, με διαφορετικές προσωπικότητες, ανάγκες και ψυχοσύνθεση. Η αντίσταση μπορεί να παρουσιάζεται από ένα άτομο μεμονωμένα ή από μια ομάδα ανθρώπων με κοινές αξίες, αρχές και πεποιθήσεις. Είναι γνωστό ότι στους περισσότερους η αλλαγή προκαλεί φόβο για το άγνωστο, αμφιβολία για το μέλλον και για την πιθανή απώλεια κεκτημένων.

Είναι σημαντικό τα μέλη να κατανοήσουν τους λόγους της επιδιωκόμενης αλλαγής και τη σημαντικότητα του να γίνουν μέρος της αλλαγής που σχεδιάζεται στον οργανισμό, καθώς και να κατανοήσουν τα οφέλη που θα αποκομίσουν. Θα πρέπει ο ηγέτης να εντοπίσει πίσω από κάθε αντίσταση τι υποκρύπτεται, ποια ανάγκη θα πρέπει να ικανοποιηθεί για να καμφθεί η αντίσταση.

Ανασταλτικό παράγοντα αποτελεί και η μη ικανότητα ή απροθυμία του ηγέτη για ανάγνωση και κατανόηση της υφιστάμενης κουλτούρας του οργανισμού και διαχείριση των υπαρχόντων υποκουλτούρων, που ουσιαστικά αφορούν την κατανόηση των μελών του οργανισμού. Η επιδιωκόμενη νέα, κοινή κουλτούρα προκειμένου να υιοθετηθεί, θα

πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στις ιδιαιτερότητες των μελών του οργανισμού, την προσωπικότητα τους και του περιβάλλοντός τους.

Σε αποτυχία εφαρμογής του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης θα οδηγούσε και η προσπάθεια εφαρμογής καλών πρακτικών άλλων χωρών. Η εφαρμογή προϋποθέτει την προσαρμογή του μοντέλου στην εκάστοτε χώρα, σύμφωνα με τις ανάγκες και ιδιαιτερότητες από τις οποίες χαρακτηρίζεται. Επιπρόσθετα οι στόχοι που θα τεθούν θα πρέπει να βασίζονται σε ρεαλιστική βάση, ώστε να είναι δυνατή η υλοποίησή τους. Σε ένα μοντέλο συμμετοχικής διοίκησης, όπου ο παράγοντας άνθρωπος και η συμμετοχή του αποτελεί προϋπόθεση επιτυχούς εφαρμογής, δεν είναι δυνατόν να αγνοηθούν οι αξίες, οι πεποιθήσεις, η επικρατούσα πολιτική και η οικονομική κατάσταση της χώρας.

Οι ανασταλτικοί παράγοντες εφαρμογής του συμμετοχικού μοντέλου σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας, θα μπορούσαν να καμφθούν με την τοποθέτηση ισχυρών ηγετών, με κουλτούρα μάθησης, στο τιμόνι της διοίκησης των υπηρεσιών και με τη σταθερή και συνεχόμενη κρατική υποστήριξη να εφαρμοστεί το μοντέλο με ριζικά θετικά αποτελέσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΜΜΕΤΟΧΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ

Η εφαρμογή του Συμμετοχικού Μοντέλου Διοίκησης σε ένα Κέντρο Υγείας δύναται να επιφέρει πολλαπλά οφέλη. Δεν αποτελεί ουτοπία αλλά μια ρεαλιστική λύση στα χρόνια προβλήματα λειτουργίας των δομών υγείας, επιφέροντας μακροχρόνιες, ριζικές και ουσιαστικές βελτιωτικές αλλαγές, στο επίκεντρο των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που δεν είναι άλλο από τα Κέντρα Υγείας.

Το Συμμετοχικό σύστημα διοίκησης βασίζεται κατά κύριο λόγο στην αξιοποίηση των υπαρχόντων πόρων των οργανισμών και τη συμμετοχή. Η οικονομική και υλικοτεχνική ενίσχυση των δομών είναι σαφέστατα σημαντική και δεν τίθεται θέμα αμφισβήτησης για τις ελλείψεις που παρουσιάζει ο τομέας της υγείας. Ωστόσο διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει ορθή διαχείριση και αξιοποίηση των υπαρχόντων πόρων, με αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνεται το επιθυμητό αποτέλεσμα, οι υπάρχουσες ελλείψεις να γιγαντώνονται και να δημιουργούνται επιπρόσθετα προβλήματα λόγω της ανικανότητας διαχείρισης. Είναι σύνθηρες να χρησιμοποιείται σε αρκετές περιπτώσεις η ανεπάρκεια πόρων, δίχως να καταβάλλεται καμία προσπάθεια βελτίωσης ή υλοποίησης στόχων. Κυριότερο έλλειμμα αποτελεί η τοποθέτηση ικανών ηγετών και ανθρώπων με όραμα και διαφορετική κουλτούρα από την υφιστάμενη. Να σημειωθεί ότι είναι αδύνατη η επιτυχία οποιασδήποτε προσπάθειας χωρίς την ισχυρή και συνάμα συστηματική κρατική υποστήριξη προς την κατεύθυνση αυτή.

Η αλλαγή του τρόπου οργάνωσης είναι δυνατό να επιφέρει θεαματικά αποτελέσματα στην υφιστάμενη κατάσταση και δημιουργεί υποδομή για περεταίρω βελτίωση, ανάπτυξη, με ευέλικτη προσαρμογή στο περιβάλλον και τις συνθήκες. Επιπρόσθετα δημιουργεί ικανοποιητικό κλίμα εργασίας εξαλείφοντας την μακροχρόνια δυσαρέσκεια των υπαλλήλων των δημόσιων δομών υγείας. Η ικανοποίηση από την εργασία, αυτομάτως μετατρέπεται σε ισχυρό όπλο για τον οργανισμό. Δημιουργείται πίστη του ανθρώπινου δυναμικού ως προς το έργο που επιτελείται και ως προς τον οργανισμό υγείας που δραστηριοποιείται. Η θέληση, η πίστη και η αφοσίωση συμβάλλουν στην εξύψωση της αποδοτικότητας και παραγωγικότητας, εξυπηρετώντας τον σκοπό της σύστασης των Κέντρων Υγείας.

7.1 Το Κέντρο Υγείας ως υπόδειγμα εφαρμογής του Συμμετοχικού Μοντέλου Διοίκησης

Η εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης σε ένα Κέντρο Υγείας μπορεί να αποτελέσει το πειραματικό στάδιο εφαρμογής του μοντέλου, το οποίο στη συνέχεια θα αποτελέσει έναυσμα επέκτασης σε όλες τις δομές υγείας. Το μέγεθος των οργανισμών και ο τοπικός χαρακτήρας τους συμβάλλουν προς την κατεύθυνση αυτή.

Σε δημόσιες υπηρεσίες είναι παντελώς άγνωστο το συμμετοχικό μοντέλο. Τα Κέντρα Υγείας ως μικρότερες δομές με τοπικό χαρακτήρα, αποτελούν ιδανική περίπτωση έναρξης εφαρμογής του μοντέλου. Αποτελούν μια μικρογραφία των νοσοκομείων της Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας βαθμίδας υγείας με σαφώς μικρότερο αριθμό ανθρώπινου δυναμικού είναι σαφώς μικρότερος αριθμό εξυπηρετούμενων. Σε ένα νέο εγχείρημα αυτό συμβάλλει στην αρτιότερη διαχείριση, συντονισμό έλεγχο και αξιολόγηση, αυξάνοντας τις πιθανότητες να συμβαδίζουν οι στόχοι, οι πεποιθήσεις, οι αξίες, οι συμπεριφορές μεταξύ των μελών, συνεπώς να υπάρχει σύγκλιση κουλτούρων.

Από την άλλη πλευρά ο κλειστός χαρακτήρας των τοπικών κοινωνιών θα μπορούσε να αποτελέσει εμπόδιο εφαρμογής. Τα περιορισμένα ερεθίσματα και η προσκόλληση σε ορισμένες αντιλήψεις, οδηγούν στην αντιμετώπιση, οτιδήποτε διαφορετικού ή νέου πέρα από τα συνηθισμένα, με επιφύλαξη. Οι περιορισμοί αυτοί μπορούν να καμφθούν με την παραχώρηση ρόλων, κινήτρων και διαρκή μάθηση.

7.2 Στοχευμένη αντιμετώπιση των αναγκών υγείας

Η ουσιαστική και βιωματική γνώση των τοπικών χαρακτηριστικών των κοινοτήτων αποτελεί πλεονέκτημα και ενισχύει τη συμμετοχή. Τα χαρακτηριστικά των τοπικών κοινωνιών ποικίλουν και εξαρτώνται από παράγοντες όπως: η γεωγραφική θέση, η επαγγελματική δραστηριότητα της περιοχής, η κατανομή του πληθυσμού σε φύλο και ηλικία, η προσβασιμότητα σε εκπαιδευτικά ιδρύματα και από τις επικρατούσες περιβαλλοντικές συνθήκες της περιοχής.

Στις μικρότερες κοινωνίες, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι κάτοικοι γνωρίζονται προσωπικά ή έχουν κάποια μορφή συγγένειας. Αποτέλεσμα αυτού είναι να παρέχονται πληροφορίες για την υγεία, για την οικογενειακή κατάσταση, την οικονομική κατάσταση, την επαγγελματική ενασχόληση του ατόμου. Έτσι η δομή είναι ευκολότερο να εστιάσει

και να αντιμετωπίσει περιστατικά υγείας, να κατευθύνει σε αρμόδιες υπηρεσίες ή δομές, τα άτομα ανάλογα με τις ανάγκες τους, αλλά και να προσαρμοστεί και να οργανωθεί κατάλληλα, σύμφωνα με τις τοπικές ανάγκες.

Η ουσιαστική γνώση των αναγκών και χαρακτηριστικών των κατοίκων της κοινότητας και της ευρύτερης περιοχής προσφέρουν την ευκαιρία της στοχευμένης αντιμετώπισης των αναγκών υγείας. Σε ένα Κέντρο Υγείας, που σκοπό του δεν αποτελεί ποια μόνο η συνταγογράφηση, αλλά την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, που διαθέτει δομή και οργάνωση, εξυπηρετεί τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμιο επίπεδο ως τοπική δομή υγείας. Παραπέμπει μόνο τους ασθενείς που χρίζουν περεταίρω ιατρική περίθαλψη σε δομές της Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμιας βαθμίδας υγείας, δημιουργεί στοχευμένες δράσεις πρόληψης και ενημέρωσης και δημιουργεί δίκτυο υγείας και εντάσσει σε αυτό ανθρώπους και οικογένειες που χρειάζονται φροντίδα και ενίσχυση.

Κατ' αυτό τον τρόπο η κοινωνία παύει να κλείνει τα μάτια σε περιπτώσεις που τελικά αποτελούν λυπηρά θέματα ειδήσεων. Θέματα που είναι ευρέως γνωστά και μετέπειτα εκφράζεται αγανάκτηση και θλίψη (από πολιτεία και πολίτες) για την ατυχή έκβαση της περίπτωσης, μη πράττοντας καμία ενέργεια για την ενίσχυση των ασθενέστερων συνανθρώπων.

7.3 Αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας

Η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια παγκόσμια τάση. Σκοπός είναι η μετάθεση της ευθύνης από την κεντρική διοίκηση στις περιφέρειες και στους δήμους. Η αποκέντρωση των υπηρεσιών αποσκοπεί στην παροχή αποτελεσματικότερων υπηρεσιών, προσαρμοσμένες στις τοπικές ανάγκες, που τελικά οδηγεί στην καλύτερη διαχείριση των δαπανών υγείας λόγω της στοχευμένης αντιμετώπισης των αναγκών.

Πρόθεση της μετάθεσης της ευθύνης είναι η αποτελεσματική και με συνέχεια παροχή υπηρεσιών. Η ευθύνη αφορά την υποχρέωση που αναλαμβάνει ο επαγγελματίας υγείας να προσφέρει τις απαιτούμενες υπηρεσίες στον ασθενή και να τον εντάξει στο δίκτυο υπηρεσιών που θα καλύψει τις ανάγκες του και θα συμβάλει στην δημιουργία ενός ενεργού ασθενούς. Η διαχείριση του πάσχοντος γίνεται προσωπική και δεν εμμένει σε γενικούς κανόνες αλλά εξατομικεύεται.

Η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας ενισχύει την κοινότητα. Οι στείρες πολιτικές της κεντρικής διοίκησης συνήθως δεν αντιπροσωπεύουν την περιφέρεια. Δίνεται η δυνατότητα να ιεραρχηθούν οι ανάγκες και να οριστεί ο τόπος, ο χρόνος και ο τρόπος που θα καλυφτούν και υλοποιηθούν, από έναν οργανισμό που ανήκει στην κοινότητα και χαρακτηρίζεται από την τοπική κουλτούρα. Έτσι, ενισχύονται οι δράσεις των τοπικών δικτύων και των οργανωμένων εθελοντικών δράσεων και παράλληλα ενισχύονται και οι σχέσεις μεταξύ των πολιτών της κοινότητας.

Με τη μεταφορά των αρμοδιοτήτων της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο, η επικοινωνία μεταξύ του κέντρου, των τμημάτων του οργανισμού και των εργαζομένων είναι αμεσότερη. Η διοίκηση γίνεται αποτελεσματικότερη και υπάρχει αμεσότητα στην επικοινωνία με το περιβάλλον στο οποίο προσφέρονται οι υπηρεσίες. Ο οργανισμός χαρακτηρίζεται από ευελιξία και προσαρμοστικότητα λόγω των εμπειρικής γνώσης του εξωτερικού περιβάλλοντος.

Η αποκέντρωση των διοικήσεων της υγείας από το Υπουργείο Υγείας, στις Περιφέρειες και στη συνέχεια στους Δήμους, αφενός στοχεύει στην παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, αφετέρου στην αποφυγή λαθών και παραλείψεων από τη μη γνώση του τρόπου λειτουργίας και αποτελεσματικότητας των οργανισμών που δρουν περιφερειακά. Η αμεσότερη επαφή των αποκεντρωμένων διοικήσεων των υπηρεσιών υγείας με τις τοπικές κοινωνίες δημιουργεί τις προϋποθέσεις για τον εντοπισμό των αναγκών υγείας και την αποτελεσματικότερη διαχείριση αυτών, εστιάζοντας στην εξεύρεση λύσεων σύμφωνα με τις τοπικές συνθήκες της περιοχής.

Τα αποτελέσματα της εφαρμογής του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης σε ένα Κέντρο Υγείας επιφέρει άμεσα αποτελέσματα στην τοπική κοινωνία. Η βελτίωση της υγείας των πολιτών μιας κοινότητας αυτομάτως αυξάνει την ποιότητα ζωής των ατόμων και κατά συνέπεια την οικονομική, κοινωνική και πολιτισμική συνθήκη της περιοχής. Η δημιουργία υγιών κοινωνιών οδηγεί στην ανάπτυξη, συμπαρασύροντας κάθε μέλος της κοινότητας.

Η προάσπιση των αποκτηθέντων δημιουργεί ένα δίκτυο τοπικού ελέγχου με σκοπό την καταστολή των συμφερόντων και των επικαλύψεων. Τα προσωπικά οφέλη των μελών της κοινότητας που προκύπτουν από τη συλλογική προσπάθεια και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής της τοπικής κοινωνίας, οδηγεί στην προάσπιση των τοπικών κεκτημένων, μη επιτρέποντας αναιτιολόγητες έξωθεν παρεμβολές, χωρίς πληροφόρηση και συμμετοχή

των ίδιων στις αποφάσεις. Η ένωση της τοπικής κοινότητας και η δημιουργία του άτυπου μηχανισμού ελέγχου, δημιουργεί σταδιακά περιορισμούς ως προς την κεντρική διοίκηση, όπου πλέον δεν μπορεί αλόγιστα να λαμβάνει αποφάσεις χωρίς να αφουγκράζεται το κοινό και τις ανάγκες αυτού.

7.4 Μείωση των δαπανών υγείας

Η επί το έπακρον αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων ενός Κέντρου Υγείας, ο εντοπισμός και αξιολόγηση των προβλημάτων και των αναγκών υγείας, επιτυγχάνει τη μείωση των δαπανών που οδηγεί στην αποτελεσματικότητα και τελικά με την επέκταση της εφαρμογής του Συμμετοχικού Συστήματος Διοίκησης, στην βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

Η αλλαγή του τρόπου διοίκησης συνεπάγεται συθέμελη αλλαγή του τρόπου οργάνωσης και διοίκησης του οργανισμού. Η καταγραφή των διαθέσιμων πόρων, η αξιολόγηση του προσωπικού και στην συνέχεια η τοποθέτηση του σωστού ανθρώπου στην σωστή θέση, μέσα σε κλίμα συνεργασίας και συμμετοχής αποφέρει τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα με του ήδη διαθέσιμους πόρους της δομής.

Η εμπειρική γνώση που προέρχεται από την αλληλεπίδραση με το εξωτερικό περιβάλλον και με τα μέλη της κοινότητας, παρέχει την δυνατότητα αποτελεσματικής ιεράρχησης των αναγκών υγείας και στοχευμένη δρομολόγηση της ικανοποίησής τους. Η άμεση αντιμετώπιση των αναγκών ελαχιστοποιεί τον απαιτούμενο χρόνο υλοποίησης δράσεων, μειώνει το κόστος και παράλληλα αυξάνει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

7.5 Δημιουργία δικτύου φροντίδας

Ο θεσμός της οικογένειας παραμένει ισχυρός και ενεργός στην Ελλάδα και ειδικότερα στην περιφέρεια, δημιουργώντας ένα δίκτυο φροντίδας μεταξύ των μελών της οικογένειας. Στις επαρχιακές πόλεις και χωριά, λόγω του πιο αργού ρυθμού ζωής και την ύπαρξη της γειτονιάς, προϋπάρχουν οι αξίες της συνεργασίας, της αρμονικής συνύπαρξης και της παροχής βοήθειας ως προς το συνάνθρωπο.

Τα παραπάνω ενισχύουν και καλύπτουν μέρος της ανάγκης για κάλυψη της κατ' οίκον φροντίδας και της γενικότερης στήριξης των ασθενέστερων. Ωστόσο η αστικοποίηση και οι συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις στις σύγχρονες ζωής, η αλλοτρίωση των ανθρώπων, αλλά και η ανάγκη για εξειδίκευση στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, δημιούργησαν την ανάγκη για συστηματική και συνεχή παροχή φροντίδας, που επιτυγχάνεται με την υπεύθυνη ένταξη των ηλικιωμένων και των ατόμων με χρόνιες ανάγκες υγείας σε δίκτυα φροντίδας.

Η αποκεντρωμένες δομές τοπικού χαρακτήρα όπως τα Κέντρα Υγείας, λειτουργώντας, δρώντας και αποτελώντας μέρος της τοπικής κοινωνίας είναι σε θέση να έχουν την γνώση και να διαχειρίζονται αποτελεσματικότερα τις ανάγκες υγείας. Επίσης η επικοινωνία μεταξύ των υπαλλήλων και υπηρεσιών που θα δημιουργήσουν το δίκτυο φροντίδας είναι αμεσότερη, μιας και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, απευθύνονται σε κοινή γεωγραφική περιοχή, με προϋπάρχων κοινό υπόβαθρο συνθηκών και πληροφόρησης.

Η ένταξη του ασθενούς και της οικογένειας, όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο, σε δίκτυο φροντίδας ισχυροποιούν τους κοινωνικούς δεσμούς, διαχειριζόμενοι με σεβασμό και ισότητα τον συνάνθρωπο. Η ενίσχυση αυτών των αρχών συμβάλλουν στην επίτευξη του οράματος της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας με αρχές που οδηγούν στην επίτευξη των στόχων της σύστασής τους.

7.6 Ενίσχυση της βάσης του συστήματος υγείας

Θεωρητικά τα Κέντρα Υγείας αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς με τις δομές υγείας, επομένως αποτελούν τη βάση του συστήματος, αναλαμβάνοντας κεντρικό ρόλο για την επιτυχή εφαρμογή των πολιτικών υγείας της χώρας. Η σημαντικότητα του ρόλου τους προκύπτει από τον τοπικό χαρακτήρα, από τον ρόλο του ρυθμιστή ομαλής ροής ασθενών στις υπόλοιπες βαθμίδες υγείας και την ευθύνη που τους έχει ανατεθεί για την καλλιέργεια κουλτούρας υγείας στον πληθυσμό.

Οι πολιτικές εστιάζουν στην παροχή καθολικής και ισότιμης κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Οι οποίες επιδιώκεται να είναι εξατομικευμένες και να υπάρχει συνέχεια σε αυτές. Επίκεντρο των πολιτικών αποτελεί η πρόληψη και προαγωγή της υγείας και η μετάθεση της ευθύνης σε περιφερειακό επίπεδο. Η αλλαγή μοντέλου

διοίκησης σε συμμετοχικό θα ενίσχυε τις βάσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την περαιτέρω εξέλιξη της μέσω της ενίσχυσης του ρόλου των υποβαθμισμένων έως σήμερα Κέντρων Υγείας.

Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα και ειδικά στα Κέντρα Υγείας ανατίθεται ο ρόλος της διαχείρισης της εισόδου των πολιτών σε δομές υγείας. Οι ασθενείς προσερχόμενοι αναζητούν την κάλυψη κάποιας ανάγκης. Στα Κέντρα Υγείας παρέχονται πρωτοβάθμιες υπηρεσίες και μόνο όταν κρίνεται απαραίτητο από το ιατρικό προσωπικό παραπέμπεται ο ασθενής σε Δευτεροβάθμιες ή Τριτοβάθμιες δομές. Ωστόσο ο ρόλος των Κέντρων Υγείας παύει να περιορίζεται στη συνήθη παροχή υπηρεσιών. Πλέον ο ρόλος τους ενισχύεται και λαμβάνεται καθοριστική ευθύνη για την αλλαγή της νοοτροπίας των πολιτών, προωθώντας την προαγωγή της υγείας, αναπτύσσοντας την κουλτούρα πρόληψης στην κοινότητα, καθώς και την παροχή συνεχούς φροντίδας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, την συνεχή υποστήριξη της οικογένειας και ένταξη των ασθενών στο δίκτυο φροντίδας. Η πρόληψη και προαγωγή της υγείας είναι ένας τομέας που αναλογεί στις αποκεντρωμένες δομές των Κέντρων Υγείας. Οι υπηρεσίες δεν επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση της ασθένειας αλλά και στη διατήρηση και βελτιστοποίηση της υγείας. Στόχο δεν αποτελεί μόνο η αντιμετώπιση της νόσου, αλλά δίνεται έμφαση στην εύρεση και αντιμετώπιση των αιτιών δημιουργίας των ασθενειών.

Από τη Διακήρυξη της Άλμα Άτα έως και την τρέχουσα μεταρρύθμιση, η Πρωτοβάθμια Φροντίδας τίθεται ως πυλώνας του συστήματος υγείας. Η ενίσχυση της βάσης, δηλαδή των Κέντρων Υγείας, θα συμβάλει στην ομαλότερη λειτουργία και αποσυμφόρηση των υπόλοιπων δομών και της συνολικής λειτουργίας του συστήματος υγείας. Ο τοπικός χαρακτήρας οδηγεί σε άμεση και αποτελεσματική διαχείριση των περιστατικών υγείας στις πρωτοβάθμιες δομές και ομαλοποίηση της ροής των ασθενών προς τις υπόλοιπες βαθμίδες. Η γνώση των αναγκών υγείας της τοπικής κοινωνίας εξασφαλίζει την ολοκληρωμένη και με συνέχεια παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, δημιουργώντας κοινωνική ισότητα. Επισημαίνεται ότι η αποτελεσματική αντιμετώπιση θεμάτων υγείας και η διατήρηση της υγείας έχει άμεσες θετικές επιπτώσεις σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο. Η στοχευμένη αντιμετώπιση θεμάτων υγείας καθώς και η δημιουργία κουλτούρας πρόληψης, εκτός όλων των θετικών που επιφέρουν στο άτομο και στην κοινωνία συμβάλουν και στην βελτίωση της οικονομίας και την βιωσιμότητα του συστήματος υγείας με την μείωση των δαπανών.

Η ανέργεση ενός οικοδομήματος απαιτεί γερά θεμέλια. Πριν την επέκταση θα πρέπει να υπάρχει βεβαιότητα για τα θεμέλια του συστήματος. Η αλλαγή νοοτροπίας από το εγώ στο εμείς αποτελεί λύση και βήμα ριζικής μεταρρύθμισης των οργανισμών υγείας.

7.7 Μείωση της αποκατάσταση επικοινωνίας μεταξύ της κεντρικής και της περιφερειακής διοίκησης

Το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης δημιούργησε απόσταση μεταξύ της κεντρικής διοίκησης και των οργανισμών περιφερειακού και τοπικού χαρακτήρα, με αποτέλεσμα την ουτοπική πληροφόρηση.

Η αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων παρέχει τη δυνατότητα λήψης επικαιροποιημένων στοιχείων, σε ρεαλιστική βάση και δυνατότητα πληρέστερης ενημέρωσης της κεντρικής διοίκησης. Λόγω της επικοινωνίας που αναπτύσσεται λαμβάνονται ολοκληρωμένα και σε πραγματικό χρόνο στοιχεία των αναγκών υγείας ανά περιοχή, των στρατηγικών και των αποτελεσμάτων αυτών για την υλοποίηση των κεντρικών πολιτικών υγείας.

Καλλιεργείται αμφίδρομη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ κεντρικής και αποκεντρωμένης διοίκησης. Η συμμετοχικότητα και η μετάθεση της ευθύνης ενισχύει τις σχέσεις μεταξύ κεντρικού κράτους και πολίτη. Η ευθύνη αποκτά πρόσωπο δεν είναι γενική δεν μεταβιβάζεται και δεν είναι δυνατή η αποποίηση της. Ο πολίτης γνωρίζει που απευθύνεται, λαμβάνοντας απαντήσεις σε ερωτήματα του, διεκδικώντας με σεβασμό τα δικαιώματά του και απολαμβάνοντας τις δικαιούμενες υπηρεσίες του. Κατ' αυτό τον τρόπο ανακτάται η εμπιστοσύνη, μιας και το κεντρικό κράτος το οποίο παρέχει ενημέρωση, επιδεικνύει εμπιστοσύνη προς τον πολίτη, ο οποίος μετατρέπεται από παθητικό σε ενεργό μέλος της κοινωνίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο τομέας της υγείας ήρθε αντιμέτωπος με πολλές προκλήσεις στο πέρασμα των ετών και θα έρθει αντιμέτωπος με νέες προκλήσεις στο μέλλον. Σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από παγκοσμιοποίηση, οι ανάγκες υγείας διαφοροποιούνται σύμφωνα με τις συνθήκες της σύγχρονης κοινωνίας. Η απόκριση στις ανάγκες άλλοτε ήταν επιτυχής και άλλοτε πρόσκαιρη. Η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας επιδιώκει την μεταμόρφωση του σε ένα σύγχρονο, ευέλικτο σύστημα όπου θα παρέχονται ισότιμα, προς όλους τους πολίτες, ποιοτικές και με συνέχεια υπηρεσίες υγείας ενισχύοντας το κοινωνικό σύνολο, ωθώντας κάθε πτυχή της ανθρώπινης ζωής σε ανάπτυξη.

Από την επιχείρηση εφαρμογής της Διακήρυξης της Άλμα Ατα είναι προφανές ότι για να υλοποιηθεί και να εφαρμοστεί οποιαδήποτε μεταρρύθμιση θα πρέπει πρωτίστως να διασφαλιστεί η ισχυρή λειτουργική οργάνωση των δομών υγείας και το κράτος να αποτελεί αρωγό της προσπάθειας. Να επισημανθεί ότι η Διακήρυξη της Άλμα Άτα ψηφίστηκε το 1978 και ακόμα και σήμερα επιχειρείται η εφαρμογή των βασικών αρχών της. Η εφαρμογή νέων μέτρων, μεταρρυθμίσεων ή νόμων θα βρει ουσιαστική υλοποίηση όταν οι βάσεις του συστήματος είναι ισχυρές. Η επιλεκτική εφαρμογή επιφέρει παροδικά, επιφανειακά αποτελέσματα και δημιουργεί περισσότερα προβλήματα παρά λύνει, όπως η δυσaráσκεια σε εργαζόμενους και πολίτες και τελικά η απώλεια εμπιστοσύνης προς το κράτος.

Η αποτελεσματική εφαρμογή επιτάσσει την ουσιαστική κατανόηση και υιοθέτηση των αλλαγών. Η αλλαγή θα πρέπει να είναι πραγματική για να επιφέρει τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα. Ο περιορισμός της μέτρησης των αποτελεσμάτων σε απλούς αριθμούς μη συνυπολογίζοντας τους παράγοντες επηρεασμού ανά περίπτωση συνολικά, οδηγεί σε εσφαλμένα και επιλεκτικά αποτελέσματα. Τα αξιολογούμενα αποτελέσματα που προκύπτουν αποτελούν ένα μέρος της εικόνας που σε αρκετές περιπτώσεις είναι αρκετό ώστε να μην προκύπτουν ευθύνες αναποτελεσματικότητας. Επιπρόσθετα η κρατική ενίσχυση νομοθετικά και υλικά κρίνεται καίρια προϋπόθεση για την επιτυχή υλοποίηση των στόχων.

Η εφαρμογή του Συμμετοχικού Μοντέλου Διοίκησης αποτελεί μια πραγματική λύση στον κυκεώνα της δυσλειτουργίας του συστήματος υγείας. Έρχεται να ενισχύσει την επιτακτική μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας και να παγιώσει την αλλαγή με την

θεμελίωση των αρχών του μοντέλου. Η παροχή πληροφόρησης, η συμμετοχή των μελών των οργανισμών στη λήψη αποφάσεων αλλά και η ουσιαστική ένταξη των δομών υγείας στην τοπική κοινωνία, οδηγεί στην βελτίωση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας. Σκοπός της εφαρμογής της συμμετοχής είναι η δημιουργία συναίνεσης στην αλλαγή και δέσμευση απέναντι στον οργανισμό, ενθαρρύνοντας την αποτελεσματική διαχείριση των υπαρχόντων διαθέσιμων πόρων στο βέλτιστο δυνατό επίπεδο. Τα αποτελέσματα είναι θεαματικά για τους ασθενείς και τους εργαζόμενους.

Η εφαρμογή του δε σε τοπικό επίπεδο αυξάνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών οργανισμών υγείας. Μεταφέροντας αυτή τη δυναμική σε επίπεδο κοινότητας οδηγούμαστε σε ρεαλιστικότερα, αλυσιδωτά αποτελέσματα, εφόσον η αλλαγή μοντέλου διοίκησης οδηγεί σε πολλαπλά κοινωνικά και ατομικά οφέλη. Με εγγυητή την συνεχή κρατική υποστήριξη διατηρείται η δημόσια υγεία η οποία εξασφαλίζεται με την συνέχεια της παροχής των υπηρεσιών.

Με το εφαρμοζόμενο γραφειοκρατικό σύστημα η κεντρική διοίκηση πιθανότατα να λαμβάνει μέρος των πληροφοριών που αφορούν τις πραγματικές ανάγκες και τον τρόπο λειτουργίας των οργανισμών. Η ορθολογική αντιμετώπιση των αναγκών, ο σχεδιασμός και η αξιολόγηση αυτών, απαιτεί τροφοδότηση του συστήματος με πληροφορίες ώστε να υπάρχει συνολική εικόνα. Με το πέρασμα των χρόνων πολλά έχουν αλλάξει και βελτιωθεί. Αυτό που παραμένει αμετάβλητο είναι το δύσκαμπτο γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης, το οποίο δρα ανασταλτικά προς την εξέλιξη των συστημάτων υγείας. Ωστόσο παρ' όλες τις δυσχέρειες και ελλείψεις το σύστημα υγείας διαθέτει ισχυρό ανθρώπινο δυναμικό το οποίο παραμένει αναξιοποίητο και δυσαρεστημένο. Ζωντανό παράδειγμα αποτελεί η πρόσφατη πανδημία του Covid_19 που η Ελλάδα αποτέλεσε παράδειγμα διαχείρισης. Το αποτέλεσμα αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο ανθρώπινο δυναμικό αυτής της χώρας, γεγονός που αναγνωρίστηκε πρόσκαιρα και σύντομα ξεχάστηκε.

Πυλώνα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελούν τα Κέντρα Υγείας που μπορούν να χαρακτηριστούν ως η σπονδυλική στήλη του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ωστόσο ο ρόλος τους είναι υποβαθμισμένος τα τελευταία χρόνια. Ο πραγματικός λόγος και ρόλος σύστασης τους παρακάμφθηκε μέσα στις δυσκολίες που αντιμετώπισε ο κλάδος της υγείας. Ακόμα και οι εργαζόμενοι έχουν αποπροσανατολιστεί από τον σκοπό που αντιπροσωπεύουν, διότι δεν υπάρχει κατεύθυνση, πληροφόρηση και εκπαίδευση. Η

υποχρεωτική εκτέλεση εντολών από άνωθεν, δίχως πληροφόρηση και εκπαίδευση δεν επιφέρει τελικά τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.

Η δυναμική τους ωστόσο υπάρχει και μπορεί να αναδειχθεί μέσα από την εφαρμογή της πρότασης του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης. Το μοντέλο προτάσσει την άριστη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων και την επένδυση στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού. Η αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων είναι στο μέγιστο δυνατό και η ομαλή και αποδοτική λειτουργία του οργανισμού μετατρέπεται σε προσωπική υπόθεση για τον κάθε εργαζόμενο του φορέα. Επιπρόσθετα διαπιστώνεται εξοικονόμηση πόρων με παράλληλη αποτελεσματικότερη και ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας.

Η αλλαγή αποτελεί πάντα τον δυσκολότερο δρόμο. Η πραγματικότητα που προκύπτει από τα γεγονότα και την πληροφόρηση που προέρχεται από τον κλάδο, αποδεικνύουν ότι το σύστημα υγείας βρίσκετε σε τέλμα. Η ιστορία έχει αποδείξει η θεωρία προϋπάρχει όμως υπάρχει διάσταση αυτής με την υλοποίηση και πράξη της. Είναι αυταπόδεικτο ότι η αποτυχία εφαρμογής έγκειται στην ασθενή πολιτική βούληση, στο βαθμό του πολιτικού επηρεασμού στην διοίκηση των μονάδων υγείας, στην έλλειψη ισχυρών ηγετών με όραμα, κατά συνέπεια στο μοντέλο διοίκησης που ακολουθείται. Η εξέλιξη και βελτίωση του απαιτεί ισχυρή βάση, που να υποστηρίξει την όποια αλλαγή και όχι να κλυδωνίζεται σε κάθε αναπάντεχο γεγονός ή μεταβολή.

Προτείνεται η εφαρμογή του Συμμετοχικού Μοντέλου Διοίκησης στο σύνολο του συστήματος υγείας αρχής γενομένης από την εφαρμογή του σε Κέντρα Υγείας, όπου θα αναδείξουν τον ρόλο τους και θα επηρεάσουν θετικά την ροή λειτουργίας ολόκληρου του συστήματος εξ' αρχής. Αυτά που ενώνουν τους ανθρώπους είναι περισσότερα από αυτά που τους χωρίζουν. Ειδικότερα σε τοπικές κοινωνίες όπου υπάρχει επίγνωση των συνθηκών από τα μέλη της κοινότητας. Απλά χρειάζεται μια ηγετική μορφή να χαράξει τον δρόμο, προωθώντας της εκπαίδευση με σκοπό την απόκτηση μιας κουλτούρας συμμετοχής και ενσυναίσθησης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

➤ Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Γούλα, Α. (2014) Οργανωσιακή κουλτούρα υπηρεσιών υγείας. Παπαζήσης Α.Ε.Β.Ε. Εκδόσεις.
- Πιερράκος, Γ. (2013) Μοντέλα διοίκησης μακροχρόνιας φροντίδας υγείας στην τοπική κοινωνία. Παπαζήσης Α.Ε.Β.Ε. Εκδόσεις
- Σούλης, Σ. (2015) Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική. Παπαζήσης Εκδόσεις.
- Τούντας, Γ. και Κυριόπουλος, Γ. (2022) Προκλήσεις για την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα. Επίκεντρο Εκδόσεις.

➤ Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία μεταφρασμένη στα Ελληνικά

- Alexander Hamilton Institute (2011) Η σύγχρονη διοίκηση στην πράξη. Κριτήριο Εκδοτική και Συμβουλευτική Ε.Π.Ε. Εκδόσεις.
- Gordon, T. (2001) Τα μυστικά της αποτελεσματικής ηγεσίας. Μάρτης & Gordon Hellas Εκδόσεις.

➤ Ελληνόγλωσση αρθρογραφία από επιστημονικά περιοδικά

- Γούλα, Α. και Κέφης, Β. και Δημάκου, Σ. και Πιερράκος, Γ. και Σαρρής, Μ. (2014) Οργανωσιακή αλλαγή στο δημόσιο νοσοκομείο - Από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31 (5):583-590.
- Καρακόλιας, Σ. και Μπαρτζώκας, Δ. και Πολύζος, Ν. (2021) Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας - Η ελληνική περίπτωση ενόψει μεταρρύθμισης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2021, 38(4):524-530.
- Καριωτάκης, Κ. (2008) Σχεδιασμός οργανωτικών δομών ΟΤΑ & ΝΠΔΔ: Η επιτυχία τους οφείλεται στη σωστή οργάνωση των λειτουργιών του οργανισμού ή στην αποτελεσματική αξιοποίηση των ικανοτήτων των ανθρώπινων πόρων; Μελέτη Περίπτωσης – Δημοτικό Βρεφοκομείο Αθηνών. <https://www.ekdd.gr> (προσβάσιμη 15/02/2023).
- Κυριόπουλος, Γ. και Λιόνης, Χ. και Δημολιάτης, Γ. και Μερκούρης, Μ-Π και Οικονόμου, Χ. και Τσάκος, Γ. και Φιλαλήθης, Α. και ομάδα εργασίας Αντωνάκης Νίκος, Βασιλικιώτης Νίκος, Βραχνή Τζούλη, Γεωργούση Ευγενία, Δόλγερος Λάκης, Δομένικος Χάρης, Ζάβρας Θάνας, Κοντός Δημήτρης, Κουνάρη Χαρούλα,

- Μπεαζογλου Τρύφων, Μπουρσανίδης Χρήστος, Συμεωνίδης Σάκης, Σουλιώτης Κυριάκος, Τσαλίκης Γιώργος (2000) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 12, Τεύχος 4, 169-188, 2000.
- Πετρέλης, Μ. και Δομάγερ, Φ.Ρ. (2016) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 15, Τεύχος 4, (Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2016).
 - Πιερράκος, Γ. (2018) Οργάνωση και διοίκηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (Σημειώσεις Μαθήματος).
 - Στρατηγέα, Α. (2015) Θεωρία και μέθοδοι Συμμετοχικού Σχεδιασμού. ΣΕΑΒ.
 - Σουλιώτης, Κ. και Λιόνης, Χ. (2003) Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας – Μια πρόταση για τη άρση του αδιεξόδου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2003, 20(5):466-476.
 - Τούντας (2020), Τα συστήματα υγείας και η Δημόσια Υγεία: από το χθες στο αύριο, διαΝΕΟσις Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης www.dianeosis.org (προσβάσιμη 12/08/2022).
 - Τούντας (2021), Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην εποχή της πανδημίας, διαΝΕΟσις Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης www.dianeosis.org (προσβάσιμη 12/08/2022).
 - Φιλιάληθης, Α. (2021) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα - Χαμένη στον λαβύρινθο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2021, 38(4): 548- 556.
 - Φιλιάληθης, Α. (2021) Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2021, 38(5):675-682.
- **Ξενόγλωσση αρθρογραφία από επιστημονικά περιοδικά**
- Chan, Primary Health Care: Now More Than Ever, United Nations UN Chronicle <https://www.un.org/en/chronicle/article/primary-health-care-now-more-ever> , (προσβάσιμη 01/08/2022).
 - White (2015), Primary Health Care and Public Health: Foundations of Universal Health Systems, National Library of Medicine <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5588212> (προσβάσιμη 01/08/2022).

➤ **Δικτυογραφία**

- ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ <https://el.wikipedia.org> (προσβάσιμη 05/12/2022).
- Babel (2022), Κοινωνική παγκοσμιοποίηση: Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, Με υγεία <https://meygeia.gr/koinoniki-pagkosmiopoiisi/> (προσβάσιμη 20/02/2023).
- Γκέκα, (2019), Τα πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα της Αποκέντρωσης, <https://kede.gr/ta-pleonektimata-kai-meionektimata-tis-apokentrosis/> , (προσβάσιμη 04/04/2023).
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή, State of Health in the EU, Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2021, https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_gr_greek.pdf (προσβάσιμη 06/04/2023).
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Στρατηγική της ΕΕ για την παγκόσμια υγεία με σκοπό τη βελτίωση της παγκόσμιας υγειονομικής ασφάλειας και την εξασφάλιση καλύτερης υγείας για όλους, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/el/ip_22_7153 , (προσβάσιμη 06/04/2023).
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Συνέπειες της κλιματικής αλλαγής, https://climate.ec.europa.eu/climate-change/consequences-climate-change_el (προσβάσιμη 06/04/2023).
- Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Πολιτική της ΕΕ για την υγεία, <https://www.consilium.europa.eu/el/policies/eu-health-policy/> , (προσβάσιμη 06/04/2023).
- Μηχανή του χρόνου <https://www.mixanitouxronou.gr/pia-anagki-ine-i-pio-simantiki-gia-kathe-anthropo-ti-lei-i-perifimi-piramida-tou-psichologou-maslow-pou-tin-axiopiisan-i-manatzer-gia-na-dinoun-bonous-ke-se-idos> , (προσβάσιμη 15/03/2023).
- Πολυμενάκος, Β. (2021), Social Policy Αρθρογραφία <https://socialpolicy.gr> (προσβάσιμη 01/08/2022).
- Υπουργείο Υγείας, Άρθρο 1: Γενικές Αρχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2049> (προσβάσιμη 01/08/2022)